

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

420

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Juin 1899, à 1 heure.

PAR

Maurice COLIEZ

Né à Longwy, le 1^{er} Novembre 1876

Quelques Considérations Médico-Légales

SUR LES

ACCOUCHEMENTS INCONSCIENTS

ET SANS DOULEUR

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

RICHELOT et THOINOT, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

420

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 15 Juin 1899, à 1 heure.

PAR

Maurice COLIEZ

Né à Longwy, le 1^{er} Novembre 1876

Quelques Considérations Médico-Légales

SUR LES

ACCOUCHEMENTS INCONSCIENTS

ET SANS DOULEUR

Président : M. BUDIN, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

RICHELOT et THOINOT, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899



UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

	PROFESSEURS :	MM.
Anatomie		FARABEUF
Physiologie		CH. RICHT
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutiques générales		BOUCHARD
Pathologie médicale		HUTINEL
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		LANDOUZY
Hygiène		PROUST
Médecine légale		BROUARDEL
Histoire de la médecine et de la chirurgie		N...
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN
Clinique médicale		JACCOUD
		HAYEM
		DIEULAFOY
		GRANCHER
Maladies de enfants		JOFFROY
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux		BERGER
		DUPLAY
Clinique chirurgicale		LEDENTU
		TILLAX
Clinique ophtalmologique		PANAS
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON
Clinique d'accouchement		BUDIN
		PINARD

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGRÉZ	LEJARS	THIERY
ALBARRAND	DUPRÉ	LEPAGE	THIROLOY
ANDRÉ	FAURE	MARFAN	THOINOT
BONNAIRE	GAUCHER	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
BROCA André	TOURETTE	MERY	WALLICH
CHARRIN	HARTMANN	ROGER	WALTER
CHASSEVANT	LANGLOIS	SEBILLEAU	WIDAL
DELBET	LAUNOIS	TEISSIER	WURTZ
	LEGUEU		

Chef des Travaux anatomiques

M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

1872

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Ayant eu, pendant la durée de nos études obstétricales l'occasion d'observer différents cas d'accouchements précipités, dont plusieurs furent tellement rapides, que la mère n'eut aucune conscience de la naissance de son enfant, nous avons cru intéressant de rechercher dans la littérature médicale les faits analogues, et d'étudier sous le titre d'accouchements inconscients, les accouchements qui ont lieu à l'insu de la mère. Cette question qui soulève un des points les plus intéressants des rapports de l'obstétrique avec la médecine légale, n'a pas été, en France, l'objet de travaux d'ensemble : les cas d'accouchements inconscients sont rares : plusieurs auteurs et non des moindres n'ont jamais eu l'occasion d'en observer. Plus fréquents sont ceux où l'enfant est expulsé avec une rapidité anormale, sans que cependant la mère n'ait aucune conscience de ce qui s'est passé. L'accouchement inconscient est le plus souvent, il est vrai, un accouchement rapide, mais d'autres conditions en font le caractère propre.

Dans l'étude de cette question, que nous nous efforcerons d'exposer aussi clairement que possible, nous consignerons dans un premier chapitre quelques observations intéressantes d'accouchements inconscients chez des femmes privées de connaissance ou de sensibilité : — Puis, nous attachant à une autre catégorie de faits, spéciaux au point de vue médico-légal, nous verrons dans quelles circonstances une femme, ignorant ou non son état de grossesse, se sachant ou ne se sachant pas en travail, peut accoucher à son insu. Après nous être étendu sur les diverses causes qui ont été données pour de tels faits, et sur les particularités intéressantes que nous pouvons relever dans les observations, nous verrons quels accidents peuvent en être la conséquence et le résumé de notre travail consistera en quelques considérations médico-légales.

Mais avant d'aborder notre sujet, nous tenons à remercier tous ceux qui nous ont permis d'arriver au terme de nos études médicales : Que MM. les docteurs Potain, Fournier, Duguet, Letulle, reçoivent ici l'hommage de notre reconnaissance pour leurs leçons de clinique médicale. M. le professeur Berger, dont nous fûmes pendant deux ans l'élève, d'abord à l'hôpital Lariboisière, puis à la Clinique chirurgicale de la Pitié a toujours fait preuve envers nous d'une bienveillance que nous n'oublierons pas.

Nous devons enfin un hommage tout particulier

à M. le professeur Budin, qui, en acceptant la présidence de notre thèse, nous donne un nouveau gage de l'intérêt qu'il n'a cessé de nous manifester pendant nos études obstétricales.



CHAPITRE PREMIER

Accouchements qui s'accomplissent chez des femmes privées de conscience ou de sensibilité.

Lorsqu'il s'agit de femmes que certains états pathologiques ou l'influence de causes extérieures mettent pour un temps variable dans un état de non-conscience, il est évident que la naissance de l'enfant peut passer absolument inaperçue. Considérons, par exemple, les cas dans lesquels on recourt à un agent anesthésique : l'expulsion de l'enfant est absolument ignorée de la mère. Au point de vue médico-légal, un tel fait de pratique journalière, n'a aucune importance. Il suppose un accouchement laborieux, compliqué, qui ne peut guère s'accomplir sans l'assistance pour la femme d'un homme de l'art. Nous n'énumérerons dans ce chapitre que les cas où la mère, accouchant normalement avec une rapidité plus ou moins grande est dans un état qui ne lui permet pas

de s'apercevoir du début du travail ou seulement de la terminaison de l'accouchement.

A. — Accouchements qui s'accomplissent pendant le sommeil de la mère

Ces cas très curieux sont rares : le sommeil naturel était généralement interrompu par une douleur vive. C'est ce que faisait remarquer Devergie, qui tout en admettant la possibilité d'un tel fait, le croyait avec raison exceptionnel.

Mais nous verrons plus loin et avec détails, que le travail peut évoluer naturellement et même l'expulsion de l'enfant se produire sans douleurs vives, quelquefois sans aucune douleur. Différents auteurs ont rapporté des cas d'accouchements accomplis pendant le sommeil naturel.

Weill (1) de Haguenau, a publié en 1881 le cas d'une secundipare de 23 ans, qui accoucha le 6 septembre 1880, dans les conditions suivantes :

(1) Weill. Accouchement en dormant, *Gaz. méd. Strasbourg*, 1881, p. 103

OBSERVATION I. — Le 5 septembre, après s'être promenade pendant la journée, elle se couche vers 11 heures sans avoir ressenti rien de particulier. A 3 heures du matin, elle est réveillée brusquement par une violente envie d'uriner, se lève immédiatement, et à peine a-t-elle eu le temps de se poser sur une chaise *ad hoc* qu'elle accouche. L'enfant est expulsé en même temps que l'arrière faix ; il pèse plus de dix livres et est ramené à la vie après une demi-heure de soins énergiques.

Schultze remarque que cette femme qui avait le sommeil très dur a probablement eu des contractions indolores qui ne l'ont pas réveillée ; la dernière, seule, qui a simulé un besoin de miction a été assez douloureuse pour la tirer de son sommeil. Chose curieuse : sa mère avait accouché dans les mêmes conditions.

Panis (1) avait dans sa thèse inaugurale, rapporté plusieurs cas de ce genre. Il eut notamment l'occasion d'observer le fait suivant :

OBSERVATION II. — Une femme de 33 ans qui avait déjà eu deux accouchements rapides et peu douloureux, entre à la clinique se sachant à terme, et se couche à

(1) Panis. Une femme peut-elle accoucher sans en avoir conscience? Thèse Paris, 1861.

8 heures du soir, sans aucune préoccupation. Elle s'endort profondément et est réveillée vers 3 heures du matin par une sensation de fraîcheur : elle se lève rapidement et sent entre ses jambes un corps qu'elle précipite sur le plancher. C'était un enfant du poids de 3.200 grammes qui survécut. La mère se rétablit normalement.

Le même auteur rapporte le fait suivant dû à Heister :

OBSERVATION III. — Une jeune fille, d'une intelligence peu développée, était au terme de sa grossesse dans un état de faiblesse accentuée. Elle s'endormit après avoir prié sa mère de la « réveiller au moment de l'accouchement ». Celle-ci lui fit remarquer que ce serait inutile, vu la violence des douleurs qui la réveillerait certainement. Elle accoucha cependant plongée dans un profond sommeil.

OBSERVATION IV. — Un accoucheur anglais, Douglas (1), rapporte aussi le cas d'une dame enceinte qui couchait avec sa petite fille, âgée de 4 ans. Elle fut réveillée par celle-ci qui criait parce qu'elle avait senti les mouvements d'un petit enfant qui criait aussi. La mère s'aperçut alors seulement de son accouchement.

(1) Cité par Wald, tome II, p. 164.

OBSERVATION V. — Montgomery cite un fait analogue qui a trait à la femme d'un lord d'Angleterre qui accoucha également pendant son sommeil. Ce fut son mari, couché à côté d'elle qui s'en aperçut. Il avait senti les mouvements d'une troisième personne dans le lit.

Tarnier (1) dit avoir vu une personne bien portante accoucher pendant qu'elle dormait paisiblement. Ce furent les cris de l'enfant qui révélèrent sa naissance.

D'autres cas du même genre ont été rapportés ; Palfrey (2), dont la malade ne se réveille qu'au moment du dégagement de la tête, Heister, Behrens, Case (3), Samelson (4), Leblond (5) ont observé des faits semblables. — Nous avons, nous-même, entendu rapporter, par une personne très digne de foi, qu'une femme à terme, alcoolique, accoucha pendant son sommeil, sans s'en apercevoir.

D'autres observations recueillies par les auteurs sous ce titre, concernent des femmes qui accouchent étant sous l'influence d'un état pathologique qui res-

(1) Tarnier, Chantreuil et Budin, *L'Art des Accouchements*, p. 590.

(2) Palfrey. *Lancet*, 1864, I, p. 36.

(3) Case, Labor during sleep, in *Ann. J. M. Sc. Philadelphie*, 1868, p. 279.

(4) Samelson. Delivery during sleep. *Brist. Med. J.*, 1865, p. 550.

(5) Leblond. *Ann. d'hyg. et méd. légale*, 1892, XXVIII, p. 532.

semble au sommeil. Schultze (1) cite un cas de ce genre chez une femme en état de léthargie.

OBSERVATION VI. — Il fut appelé chez une femme enceinte pour la quatrième fois et qui, parvenue au terme de sa grossesse, était plongée dans un état de somnolence si profonde qu'il était impossible de l'en faire sortir, malgré les secousses qu'on lui imprimait et les vapeurs qu'on lui faisait respirer. Trois jours après elle accoucha dans le même état d'un enfant vivant, bien conformé. Elle ne se réveilla que le lendemain, n'ayant aucun souvenir de son accouchement.

Lorsque le sommeil est dû à l'action d'agents narcotiques ou anesthésiques, l'accouchement peut, nous l'avons vu, passer inaperçu. Citons à ce propos le cas célèbre de la Comtesse de Saint-Gérans. Elle accoucha étant sous l'influence d'une boisson hypnotique qui lui avait été administrée dans le but de soustraire l'enfant et de s'approprier ainsi les biens dont il pouvait hériter.

(1) Schultze. *Medicinische Zeitung*, 1844, N° 31, et *Ann. d'Hyg. et Méd. légale*, 1845, XXXIII, p. 216.

B. Accouchements qui s'accomplissent chez une femme sans connaissance

Les causes de cet état pathologique sont variables : nous en rapporterons quelques cas intéressants.

Wildberg (1) cite le fait d'une femme enceinte et à terme qui reçut un coup violent par le cahot d'une voiture. Elle tomba dans un état syncopal pendant lequel elle mit au monde un enfant mort. Revenue à elle quelque temps après, elle ignorait complètement son accouchement.

Maas (2) et Hunter, dans sa lettre sur l'Infanticide, rapportent des faits du même genre.

Depaul (3) publia l'observation suivante :

OBSERVATION VII. — Il s'agit d'une femme des environs de Paris qui se sachant près d'accoucher, se rend à pied à la Maternité le 12 janvier 1882. Pendant le trajet elle se sent tout-à-coup prise de faiblesse et ne revient à elle

(1) Wildberg. Andb. des gerichtlichen. Arzneiwissenschaft, § 120.

(2) Maas, Nord. Archiv. f. Nat. u. Arzneiwiss. Bol. I. 2 St.

(3) Depaul. Journal des Sages-Femmes, 1882, p. 9.

que quatre heures après, ignorant ce qui s'était passé depuis ce moment. Des passants ayant entendu des cris d'enfant, l'avaient relevée et portée à l'hôpital. Cette femme ne niait pas sa grossesse, mais disait ne pas s'être douté qu'elle accouchait. L'enfant vécut. Quant à la syncope, sa cause resta inconnue.

Une autre observation du D^r Maygrier a été rapportée par le D^r Mory (1) ;

OBSERVATION VIII. — Une secondipare, à terme, ressentant les premières douleurs, se rendait à pied à l'hôpital, lorsqu'elle est prise d'une syncope et tombe sur le sol. Elle accoucha sans connaissance ; l'enfant fut trouvé vivant entre ses jambes, le cordon rompu à l'insertion placentaire.

La syncope peut aussi être causée par l'intensité des douleurs. Triuchinetti (2) eut l'occasion d'observer un fait de ce genre : un chirurgien peu expérimenté, croyant la femme morte, fit l'opération césarienne : la patiente succomba.

Mauriceau (3), Mende (4) ont également cité des cas analogues. Dans celui de ce dernier auteur, on dut

(1) Mory. *Alger-Médical*, 2 décembre 1887, p. 343.

(2) *Journal Général*, LXIX, p. 110.

(3) Mauriceau. *Observations sur la grossesse et l'accouchement*. Obs. 252, p. 20 .

(4) Mende. *Ansfl. Handb. der. gerichtl. Med.* III, 544.

terminer l'accouchement par une application de forceps ; la mère ne revint à elle que quelque temps après.

Le Dr Perrin de la Touche (1) eut récemment à examiner une primipare chétive et bossue, qui, le dégagement de la tête ne se faisant pas, pratiqua sur elle-même une épisiotomie avec ses ciseaux de couturière. A partir de ce moment elle dit avoir perdu connaissance et ne savoir ce qui s'est passé. Ayant repris ses sens, elle trouva son enfant mort auprès d'elle. Le rapport médical auquel donna lieu l'accusation d'infanticide portée contre elle se termine ainsi : « Il est admissible qu'une syncope ait pu se produire au moment de l'accouchement dans ces conditions spéciales, et que par suite l'enfant ait pu succomber à une asphyxie accidentelle entre les cuisses de la mère. »

D'autres fois, la syncope est due à une hémorrhagie : les exemples en sont nombreux.

OBSERVATION IX. — Otterbourg (2) rapporta à la Société de médecine de France le cas d'une femme près de laquelle il fut appelé pour une hémorrhagie qui avait résisté à tous les moyens employés. Quand il arriva, on la croyait

(1) Une cause rare de syncope au moment de l'accouchement. *Presse Médicale*, 18 mars 1899.

(2) *Revue médicale*, 1862, p. 102.

morte. Elle était à la dernière quinzaine d'une grossesse régulière ; l'enfant donnait tous les signes de la vie fœtale. On fit une application de forceps, et la femme fut accouchée d'une fille bien conformée et qui vécut.

Nous trouvons dans Mauriceau (1) trois observations du même genre.

Ces syncopes par hémorrhagie utérine peuvent quelquefois être mortelles. M^{me} Lachapelle en a observé quelques exemples.

Parmi les observations recueillies par les auteurs, plusieurs ont trait à des syncopes dont la longueur paraît exagérée. C'est ce que remarquait Dubois, pour qui l'accouchement inconscient était impossible dans cet état, vu le peu de durée de la syncope. « On prend généralement pour tel, dit-il, un état de stupeur ayant succédé à un état convulsif ». Cette remarque qui a dans certains cas que nous exposerons plus loin (coma agonie) une valeur indiscutable, nous paraît infirmée par certaines des observations que nous avons citées (Obs. VII et VIII par exemple).

La perte de connaissance peut être également causée par l'ivresse, et l'accouchement passer inaperçu dans ces conditions.

(1) Mauriceau, loc. cit. Obs. V, p. 5 — XVII, p. 16 — LLXXXVII, p. 109.

Panis (1) eut à l'Hôtel-Dieu de Reims l'occasion d'observer un cas qu'il rapporte dans sa thèse.

Deneux (2) en cite un autre que nous rapportons ici.

OBSERVATION IX. — Une femme du peuple est apportée à l'Hôtel-Dieu d'Amiens dans un état comateux produit par l'ingestion de liqueurs spiritueuses. Elle accoucha naturellement dans cet état : le sommeil se prolongea même quelque temps après. La femme à son réveil, toute surprise d'être accouchée se félicita d'avoir fait une si belle découverte et promit de s'en servir à l'occasion.

OBSERVATION X. — Une autre observation due à Clay (3) concerne une femme enceinte pour la sixième fois qui fut prise de syncope après avoir absorbé un litre de gin. Cette perte de connaissance dura 6 heures pendant lesquelles les contractions persistèrent. Elle accoucha d'une façon parfaitement inconsciente.

Nous rapprocherons des cas précédents les faits très nombreux où la mère est plongée au moment de l'accouchement dans un état comateux, et nous aurons surtout en vue les observations concernant le

(1) Panis. — *Loco citato*.

(2) Cité dans le *Dict. des sc. méd.*, t. XXXI.

(3) *Lancet*, 1841.

coma éclamptique. Cette affection, particulière à la femme en état de grossesse, est on le sait très fréquente : les observations qui en ont été publiées sont en grand nombre. — Tous les accoucheurs savent avec quelle rapidité le travail peut progresser chez une femme éclamptique.

Ainsi que le dit Cazeaux (1) « l'utérus semble
« parfois participer à l'irritation générale et expulse
« très facilement le fœtus, alors que le peu de dilation
« du col devait faire considérer la terminaison du
« travail comme très éloignée. »

Cette délivrance si brusque et dont la femme n'a nullement conscience peut échapper à l'observation de l'accoucheur et dans quelques cas, l'enfant est mort asphyxié entre les jambes de la mère, faute de soins convenables. Voici quelques observations d'accouchement inconscient chez des éclamptiques. La plus ancienne est évidemment celle dont parle Hippocrate, concernant une femme qui accoucha dans le coma. Tous les auteurs en ont rapporté des exemples.

OBSERVATION XI. — Mauriceau (2). Une femme de 25 ans, primipare, fut surprise « de si furieuses convulsions durant un jour et demi, avec perte de toute connaissance

(1) *Traité des Accouch.*, p. 813.

(2) *Loco citato*, obs. III, p. 3.

qu'elle s'était coupée presque toute la langue avec les dents. » Elle accoucha d'un enfant mort, et ne recouvra sa raison que le lendemain sans néanmoins « avoir aucune mémoire, ni croyance d'être accouchée. »

OBSERVATION XII. — Golinelli (1) tente en 1843, l'accouchement forcé par les voies naturelles chez une femme qu'on disait morte d'attaques éclamptiques. Il réussit, et dit-il « avec une rapidité et une facilité extrêmes », à extraire un enfant qui vécut. Ayant cru pendant l'opération sentir une contraction légère de l'utérus, il prescrivit des frictions chaudes : l'opérée revint à elle deux heures après. Elle guérit.

OBSERVATION XIII (In thèse Jaisson). — Observation analogue à la précédente : la mère survécut mais resta imbécile.

OBSERVATION XIV. — Rivoni (2), chez une femme de 15 ans, arrivée au terme de sa grossesse, et atteinte d'attaques d'éclampsie fit l'extraction de l'enfant par les voies naturelles. La mère, pleurée déjà comme morte, revint à elle grâce à des soins énergiques et guérit.

(1) In Rizzoli, Mémoires d'obstétrique, p. 578.

(2) Rivoni, in mem. d'obstétrique de Rizzoli, p. 579.

Talinucci (1) rapporte deux cas semblables : qu'il observa en 1857 et 1860. Les deux enfants et les deux mères survécurent. Un autre cas, dû à Esterle de Novare eut une terminaison funeste pour la mère et l'enfant.

OBSERVATION XV. — Finizzio (2), chez une femme qui, au huitième mois de sa grossesse, avait été prise d'attaque « d'éclampsie hystériforme à la suite d'une grande frayeur » ayant provoqué tous les symptômes de la mort apparente, put extraire par la version un enfant qui mourut. La mère qui n'était pas morte ainsi que le croyait les confrères présents survécut.

OBSERVATION XVI. — Panis. Une jeune domestique est prise un jour de violents mouvements convulsifs avec perte de connaissance : on la transporte à l'hôpital. Ces accès, diagnostiqués accès éclamptiques, étaient très rapprochés, et dans leur intervalle la malade ne recouvrait pas l'usage de ses facultés sensorielles et intellectuelles. On fit l'accouchement par le forceps. L'enfant mourut. Quand cette femme reprit connaissance et qu'on lui demanda comment elle se trouvait depuis qu'elle était accouchée : « Accouchée, dit-elle, mais je n'ai jamais été enceinte. »

(1) In Verardini. Del parto forzato p. 31.

(2) Lettre de Finizzio à Verardini, traduite par Janssens.

M^{me} Lachapelle (1) qui cite plusieurs faits de ce genre, dit à ce propos : « Les accès sont quelquefois séparés par des périodes de santé parfaite : la malade ne se souvient en aucune façon de ce qui s'est passé : souvent elle s'étonne de ne pas être enceinte, si l'accouchement s'est opéré ». Une des observations rapportées par elle concerne une femme qui accouche dans ces conditions de deux jumeaux.

Plus récemment, MM. Bécigneul et Ménager (2) ont rapporté un cas dans lequel on dut recourir au forceps pour terminer l'accouchement. La mère ne se rétablit que quinze jours après, ignorant absolument tout ce qui s'était passé depuis le premier accès.

A côté de ces observations, nous citerons d'autres faits se rapportant à des femmes atteintes de maladies graves ou agonisantes. L'hémorrhagie cérébrale peut rendre la mère ignorante du travail de l'accouchement ainsi que Esterle de Novare (3), Beluzzi, en rapportent des exemples. Deux cas cités par Pelligrini (4) nécessitèrent l'un la version, l'autre une application de forceps. De même, dans un cas de Roméi, où on fit la version. L'absence de contractions

(1) *Pratique des Accouchements*, III. p. 15.

(2) *Gazette méd. Nantes* 1894. p. 32.

(3) *Sulla convenienza di estrarre il fœto per le vie genitali*. In *Ann. Univ. Milan*, 1861, p. 317.

(4) *Sul parto forzato*. In *Ann. Univ. Milan*, 1877.

dans le cas d'hémorrhagie cérébrale chez une femme en travail nécessite en effet le plus souvent une opération obstétricale.

Dans un cas cité par Duparcque, en 1861, la mère était agonisante par suite de phtisie. L'enfant vécut. Un autre cas de Janssens eut la même terminaison (1869).

Belluzi, en 1865, rapporte un cas où la mère en état de mort apparente, par asystolie, vécut encore trois mois après l'accouchement. Moretti (1877) eut l'occasion d'observer un fait du même genre.

D'autres observations concernant des femmes en état de mort apparente ont été publiées. Nous en avons rapporté déjà quelques-unes. En voici d'autres exemples.

OBSERVATION XVII. — Baudelocque (1). Une femme étant dans les douleurs d'une grossesse à terme tomba subitement dans un état tel qu'on la crut morte. Un chirurgien du voisinage ouvrit aussitôt le ventre de la mère avec des ciseaux : l'enfant présenta un pied à l'orifice de l'utérus et fut expulsé complètement avant qu'on eut achevé d'ouvrir ce viscère. La femme était complètement guérie au bout de deux mois.

(1) Art des Accouchements. II, 406.

OBSERVATION XVIII. — Rigaudeau (1). Il s'agit d'une femme que l'on disait morte par suite de convulsions. Le pouls ne battait plus et les battements du cœur n'étaient plus perceptibles. L'auteur extrait par la version un enfant en état de mort apparente, ranimé après trois heures de soins. La mère avait été ensevelie et clouée dans le cercueil. Rigaudeau, quoiqu'ayant la conviction qu'elle était morte, conseilla cependant par prudence d'attendre l'apparition de la rigidité cadavérique et de frotter la femme avec du vinaigre. Quelques heures après on lui apprit qu'elle était ressuscitée. Elle vécut trois ans encore quoique restée paralysée et sourde.

Trivchinetti (2) a rapporté un cas semblable :

OBSERVATION XIX. — Sédillot dans son journal de Chirurgie, rapporte que Pournel ouvrit avec un rasoir le ventre et l'utérus d'une femme en état de mort apparente ; et qu'il en retira l'enfant. Mais à ce moment, l'enfant se mit à gémir et l'opérateur prit la fuite. Ce ne fut qu'à grand peine qu'on ne put le décider à revenir auprès de son opérée dont il sutura l'abdomen. La femme guérit et en fut quitte pour une hernie ventrale.

(1) *Observ. sur les causes et les accidents de plusieurs acc. laborieux.* Journal des Savants. Janvier, 1749, p. 84.

(2) *Osservazione sopra la retroversione del utero...* Milan 1816.

Terminons enfin cet exposé par la célèbre observation d'Echassériaux de Lyon qui aurait pratiqué la version chez une femme que l'on croyait morte et qui était ensevelie depuis une heure. Il sauva la mère et l'enfant.

C. — Accouchements chez des femmes atteintes d'affections du système nerveux.

Les diverses affections morbides ayant un retentissement sur le système nerveux sont évidemment une cause très fréquente d'abolition de la sensibilité ou de l'intelligence chez les femmes qui en sont atteintes. On ne cite pourtant que peu de faits d'accouchements absolument inconscients dans ce cas. Le sentiment de la maternité paraît, en effet, subsister chez bien des malades qui ne gardent souvent plus que ce seul lien avec leurs habitudes et leur état d'esprit antérieur. Cependant, il faut considérer que chez les aliénés, la sensation de la douleur, quelqu'en soit l'origine, est généralement très affaiblie ; un accou-

chement rapide peut avoir lieu, accompagné de douleurs si faibles que la mère n'en ait aucune conscience. C'est ce que fait remarquer Marcé (1). « Chez les aliénés, dit-il, l'absence de douleurs s'est présentée à nous d'une manière assez constante pour que nous n'hésitions pas à en faire une loi à peu près générale.

« Cette analgésie est surtout prononcée chez les mélancoliques, et il en résulte qu'au terme de leur grossesse, elles doivent être surveillées avec un soin particulier, puisqu'elles n'éprouvent pas ces douleurs qui servent d'avertissement à l'accoucheur. On peut même quelquefois observer chez des femmes, atteintes de formes stupides de cette affection, des accouchements sans douleur : L'analgésie s'étend chez elles à l'utérus ».

La grossesse paraît aussi favoriser chez des femmes prédisposées par une hérédité pathologique ou un état nerveux spécial l'éclosion de bien des accidents qu'elles n'avaient jamais présentés à l'état ordinaire. Andral (2) cite le cas d'une jeune femme qui fut prise de chorée pendant sa grossesse et guérit totalement après un avortement. L'observation suivante, due à Montgomery, fait foi du même fait.

(1) Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, page 94.

(2) Cours de Pathologie interne, III, p. 103.

OBSERVATION XX (1). — M^{me} D... fut atteinte d'une maladie alarmante accompagnée de phénomènes extraordinaires. Sa mémoire fut surtout singulièrement affectée. La maladie commença en juillet alors que cette dame était au sixième mois de sa grossesse et elle mit au monde un enfant sans en avoir la moindre conscience. Quand vint à cesser cette insensibilité qui dura trois jours, elle crut être au mois de janvier. Elle reprit peu à peu l'usage de ses facultés mais ne put jamais se rappeler qu'elle était enceinte.

OBSERVATION XXI. — Dubois (2) eut l'occasion d'observer à sa clinique, une femme qui, « ayant eu des attaques convulsives, n'avait pas la conscience des sensations. Elle accoucha dans un état de stupeur très prononcée, et ne se souvenait même pas à son réveil d'avoir été enceinte ».

Des accès épileptiques peuvent de même s'observer chez des femmes qui n'avaient jusque-là présenté aucun symptôme de cette névrose (Tissot).

L'hystérie, quand elle est accompagnée de perte de la sensibilité et du mouvement, a été aussi mentionnée comme un état dans lequel la parturition est susceptible de se faire sans que la femme en ait conscience. Mais, « à moins que les états morbides, qui

(1) In thèse Panis.

(2) Gazette hôpitaux de Paris, 1855, p. 105.

sont ses différents aspects cliniques, ne soient accompagnés d'une profonde léthargie et d'une perte entière de la sensibilité, il arrivera rarement que les contractions de l'utérus, dans ses efforts pour expulser l'enfant, ne rappellent pas la femme à la conscience de son état » (Taylor). Il faut cependant se rappeler qu'il y a des cas, comme nous le verrons plus loin, où le travail est indolore pendant un temps plus ou moins long, et que dans certains cas, la femme peut ne ressentir aucune sensation douloureuse.

C'est aux rapports de l'hystérie avec l'accouchement que nous rattacherons quelques considérations sur les rapports de l'hypnotisme et de l'obstétrique. Cette question est marquée au début par la célèbre observation de Pritzl (1), concernant une femme primipare, qui, soumise à un entraînement méthodique, put accoucher sous l'influence du sommeil hypnotique sans avoir aucune conscience du travail. D'autres faits dus à Fauconnet, Dumontpallier, Varnier, Mesnet, Thomas, permirent pour un moment de fonder les plus belles espérances sur ce moyen d'insensibilisation. Sallis de Bade, en 1888, et MM. Auvaré et Secheyron, en 1889, firent paraître sur ce point des études très complètes. Les résultats ne furent pas conformes aux espérances, et si quelques auteurs purent observer de rares faits d'accou-

(1) Wiener Medical Woche, 7 novembre 1885.

chements inconscients grâce au sommeil hypnotique, le nombre des insuccès constatés fut important. On a dit, il est vrai, que le sommeil hypnotique pouvait apparaître spontanément. Ce cas doit être fort rare, et nous ne croyons pas qu'il ait été signalé chez une femme en travail.

Comme le dit M. Auvard (1) : « Peut-être certaines femmes atteintes de somnambulisme provoqué pourraient-elles accoucher dans une de leurs crises : ainsi s'expliqueraient certains faits d'accouchements pratiqués pendant le sommeil et à l'insu de la parturiente, étonnée au réveil de se trouver accouchée ».

Sur treize observations publiées dans le travail de MM. Auvard et Scheyron, nous ne relevons qu'un seul cas d'accouchement absolument inconscient. Il est dû à Lafontaine de Genève (1860) et concerne une primipare qui put être hypnotisée sans entraînement préalable. De même, sur huit observations recueillies par M^{me} M. Drobrovolsky (2), une seule a trait à un accouchement inconscient, chez une tertipare, d'intelligence peu développée.

D'autres auteurs ont pu observer des cas d'inconscience absolue de la mère. Mesnet (3), Luys (4),

(1) Travaux d'obstétrique, p. 250.

(2) Revue d'hypnotisme, 1891.

(3) Revue d'hypnotisme, 1887 et Gazette hebdom., 1887, p. 706.

(4) Gaz. hôpit., 1889, p. 857.

Oui (1), Kingsbury (2), Voisin (3). Les insuccès sont en nombre plus considérables. Fanton sur 12 observations communiquées au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences compte 10 insuccès et 2 succès relatifs : les femmes étaient « comme ivres et ne sentaient pas grand chose ». Ces insuccès peuvent être attribués à la difficulté souvent insurmontable de maintenir le sommeil pendant les douleurs vives de la période d'expulsion (Dumontpallier (4), Porak (5), Auvard et Varnier (6), Thomas (7) ; et la conclusion du travail de M. Auvard à savoir, que « l'hypnotisation est peu praticable, mais recommandable » nous paraît fort juste. Du reste, ainsi que pour les agents anesthésiques, le sommeil hypnotique ne peut le plus souvent être pratiqué qu'à l'aide de personnes de l'art. L'intérêt médico-légal de la question au point de vue de l'accouchement est faible ; nous nous sommes contentés de l'esquisser dans notre travail.

A côté des troubles légers et peu durables du système nerveux que présentent beaucoup de femmes au moment du travail et à un degré plus ou

(1) Annales de Gynécologie, 1891.

(2) Revue d'hypnotisme, 1891, p. 298.

(3) Revue d'hypnotisme, 1896, p. 360.

(4) Gaz. hôpitaux, 1887, p. 234.

(5) In thèse Léonard, p. 87.

(6) Annales de gynécologie, 1887, p. 363.

(7) Eléments de médecine suggestive, p. 303.

moins accentué, on peut observer chez d'autres malades des manifestations morbides plus sérieuses et l'accouchement chez les folles ne laisse pas de présenter des particularités intéressantes. Marcé (1) cite l'observation d'une multipare chez laquelle des accès mélancoliques survinrent au quatrième mois de sa grossesse. L'accouchement, rapide, ne fit aucune impression sur la malade, qui ne fut complètement rétablie qu'un an après.

Le même auteur (2) cite l'observation suivante recueillie dans le service du Dr Mitivié.

OBSERVATION XXII. — Une primipare était soignée pour une exaltation maniaque datant du début de sa grossesse. Un soir, se trouvant un peu fatiguée, elle se couche, sans avoir accusé aucun malaise, ni aucune douleur. Une heure après, on entendit tout-à-coup des cris d'enfant partant de son lit : les filles de service étaient si éloignées de songer à un accouchement, qu'elles crurent qu'on avait apporté un chat dans la salle. Aucune plainte, aucun mouvement n'avaient attiré l'attention des malades les plus voisines. L'enfant vécut quatre jours. L'état de la mère resta stationnaire.

OBSERVATION XXIII. — Délire mélancolique déter-

(1) Loco citato, Obs. V, p. 64.

(2) Loco citato, Obs. X, p. 70.

miné par une grossesse passée inaperçue de tous, même de la mère. Accouchement inconscient. Berthier (2).

Il s'agit d'une femme de 29 ans, de tempérament nerveux et de complexion délicate qui entre à l'hôpital le 14 août 1859 dans l'état suivant : la maigreur est générale ; les pupilles sont dilatées également : le regard est fixe, inquiet : les actes, manquent de spontanéité. L'état général est précaire ; les muqueuses pâles. A l'examen des organes on ne trouve rien de bien spécial. Cependant, à l'abdomen, on trouve, quoique avec peine, une tumeur ovoïde inégale légèrement sensible.

La malade dit n'avoir jamais eu mal au ventre ; elle ne porte aucune trace d'affection scrofuleuse et ne soupçonne nullement une grossesse. Elle n'est cependant plus réglée depuis quelque temps, mais ce fait, fréquent chez les aliénées n'attire pas longtemps l'attention. La situation reste la même : il y a un œdème généralisé. Cependant, un jour, on appelle en hâte le médecin qui, à son arrivée, trouve la malade tranquille, souriante, qui s'excuse de l'avoir dérangé. Elle dit avoir éprouvé une forte colique qui a cessé avec la satisfaction d'un besoin d'uriner. En se rendant à la salle voisine, le médecin trouve sur un vase un enfant à terme, bien constitué, présentant tous les signes de l'asphyxie et enveloppé de ses membranes intactes, « comme un œuf dans sa coquille ». Pas une goutte d'eau, ni de sang n'avait coulé. La mère ressentit quelques tranchées, eut un peu de fièvre, mais se rétablit au bout de quelques jours. Deux mois après, elle ignorait encore son accouchement. Son état physique devint bon : l'état mental s'améliora.

(1) Ann. Soc. Méd. Lyon 1859. p. 66.

Coliez

L'accouchement chez une folle peut être absolument inconscient : « au point, dit Briand (1), que les personnes qui entourent la malade ne se doutent nullement de ce qui se passe ». Burdach, dans son *Traité de Physiologie*, raconte qu'Ulric a délivré une primipare épileptique qui ne revint à elle que deux jours après. — Haller, Hencke, Heister, citent des cas analogues ; mais ce dernier décrit, sous le nom d'épilepsie utérine, une affection qui paraît être l'éclampsie. Chaussier a rapporté un cas d'accouchement inconscient chez une paraplégique. — Une idiote furieuse, au milieu du travail, s'en prenait aux assistants des douleurs dont elle ne comprenait pas l'origine (Archambault). Le docteur Brouardel eut l'occasion d'observer un cas fort curieux qu'il publia dans son *Traité sur l'infanticide* (2).

OBSERVATION XXIV. — Il s'agit d'une dame R..., femme d'un riche négociant et déjà mère de deux enfants. Chacun de ses accouchements avait été suivi d'un accès de manie puerpérale qui avait duré de quatre à six mois. Cette dame devint de nouveau enceinte. Dinant avec son mari et ses deux enfants, elle sent tout-à-coup « une gêne vers les parties génitales » (suivant ses propres expressions), se redresse sur le dossier de sa chaise, et entend aussitôt tom-

(1) *Annales d'hygiène et médecine légale*, 1891, p. 383.

(2) Page 155.

ber quelque chose à terre. Avant d'avoir eu le temps de se baisser, elle entend un second bruit : elle venait d'expulser deux fœtus de sept mois environ. Examinée attentivement, on ne put constater qu'une anesthésie et une analgésie de tout le corps, notamment des parties génitales. Les yeux fermés, elle ignorait si on pratiquait le toucher vaginal ; les mouvements imprimés à l'utérus n'étaient pas sentis ; elle paraissait d'ailleurs en bonne santé. Cet accouchement ne fut pas suivi comme les autres d'un accès de manie.

Nous rapportons ci-dessous cinq observations d'accouchements chez des aliénées.

OBSERVATION XXV. Chambeyron. — Il s'agit d'une idiote qui accoucha à la Salpêtrière. Elle déchira elle-même la poche des eaux. L'accouchement fut long et difficile, la mère « n'ayant même pas, dit l'auteur, l'instinct naturel aux « femelles qui aident les contractions de l'utérus par celles « des muscles du ventre. » En vain, plusieurs femmes imitèrent à ses yeux les mouvements qu'on exigeait d'elle, elles ne purent se faire comprendre. Un quart d'heure après la délivrance, quand on lui présenta son enfant, elle ne le regarda pas et on essaya en vain d'attirer sur lui son attention.

OBSERVATION XXVI. Westphall (1). — Le 20 juillet 1864, on entendit dans la section des aliénées femmes, de

(1) Vierteljahrs f. gerichtl. u. öffentl. Med. Berlin, 1862.

grands cris et des appels au secours. Les infirmières accoururent, et trouvèrent la femme T... , âgée de 30 ans, atteinte de mélancolie anxieuse, se tenant debout au-dessus des cabinets, reliée par le cordon à un enfant dont la tête était engagée profondément dans l'orifice inférieur de la lunette, qui avait quatre pouces (10 cent.) 8 de diamètre ; les bras y pénétraient aussi ; l'enfant vivait et criait. On ne put jamais parvenir à extraire la tête : il fallut pour cela démonter le siège et la cuvette et dégager l'enfant par l'orifice inférieur tout comme si on l'avait extrait du bassin. Il s'était écoulé vingt minutes environ depuis l'accouchement ; l'enfant n'avait que quelques égratignures et vécut. La femme examinée la veille ne ressentait aucune douleur et n'avait pas de dilatation. L'accouchement se produisit pendant qu'elle était aux cabinets pour satisfaire un besoin.

OBSERVATION XXVII. Lannurrien (1). — Une femme de 32 ans, entre le 5 juillet 1843 à l'asile de Morlaix, atteinte d'aliénation mentale à forme maniaque ; elle est enceinte pour la cinquième fois. Dès qu'elle approcha du terme, on la soumit à une surveillance active pour s'apercevoir du début du travail. Ce soin fut inutile, car, un matin, lorsqu'elle s'habillait à l'heure du lever, on entendit quelque chose tomber sur le plancher, puis un enfant crier, et la malade se mit à dire en riant d'un air niais : « Tiens, un petit enfant. » Les suites de cet accouchement furent normales.

(1) Ann. medico-psych. IV, 313, cité par Marcé, loc. cit. p. 98.

OBSERVATION XXVIII. — (Recueillie à l'asile de Maréville et due à l'obligeance du docteur Paris.)

Elle concerne une femme atteinte de délire aigu, et qui arrive à l'asile en proie à une agitation extrêmement vive ; n'ayant pas la moindre conscience de son état de grossesse. On la déshabille pour l'aliter, et pendant que les infirmières la dépouillent de ses vêtements, un fœtus, de cinq mois environ, et son placenta tombent sur le parquet sans que la malade accuse le moindre malaise particulier et sans que son attention soit mise un instant en éveil par ce fait. Il faut cependant insister sur ce point que dans les formes aussi accentuées de délire aigu, la malade n'a pas la possibilité de prêter la moindre attention à quoi que ce soit, un accident habituellement fort douloureux, se produisit-il.

OBSERVATION XXIX. — Du même. — Cette observation concerne une femme de 34 ans, atteinte de folie puerpérale et enceinte de huit mois. Elle se croit ensorcelée et s'imagine avoir, au lieu d'un enfant, un serpent dans le corps. Arrivée au terme de sa grossesse, les premières douleurs éclatent vers neuf heures du soir. Cette femme, qui n'a jamais voulu admettre la possibilité de sa grossesse, attribue toutes ses souffrances et tous les phénomènes normaux qui se succèdent, à une agitation extraordinaire du serpent. Elle en arrive à un tel degré d'agitation qu'on provoque chez elle, à l'aide du chloral, un état d'assoupissement suffisant pour terminer l'accouchement sans danger pour l'enfant. Tout est terminé quatre heures après, et à

l'insu de la malade. Elle resta plusieurs mois persuadée qu'elle n'était pas accouchée, mais que tout s'était borné à combattre des accidents occasionnés par le serpent, sans toutefois parvenir à la débarrasser de l'animal.

Nous nous résumerons, en constatant que ces faits nous paraissent établir d'une façon évidente la possibilité d'accouchements inconscients, chez des femmes atteintes d'affections du système nerveux. Dans certains cas, l'observation publiée par M. Brouardel en fait foi, des troubles faibles et superficiels qui demandent à être recherchés avec soin peuvent seuls être mis en cause. D'autres fois les lésions sont tellement accentuées qu'elles expliquent de suite la possibilité du fait. C'est ce qui s'observe dans la majorité des cas. Quoi qu'il en soit, l'étude médico-légale de ces faits est très intéressante.

D. Accouchements survenus après la mort de la mère

Il s'agit là d'une classe d'accouchements inconscients, qui n'offre pour le médecin-légiste qu'un inté-

rêt relatif, si ce n'est l'intérêt de curiosité. Aussi, n'ayant en vue dans ce travail que le côté médico-légal ne nous étendrons-nous pas longuement sur les Accouchements *post mortem* dont les observations ont vivement frappé l'esprit des auteurs. C'est ce qui nous explique l'abondance de monographies et d'articles concernant ce sujet.

La possibilité pour un enfant de naître après la mort de sa mère est un fait qui paraît indiscutable. Tous les auteurs ont cité des exemples, et, à côté du ramassis de faits fabuleux recueillis dans l'embryologie sacrée de Cangiamila et par les anciens auteurs, il est d'autres observations plus récentes auxquelles il faut ajouter foi. Deux principes nous paraissent à discuter dans ce chapitre : La survie de l'enfant pendant un temps plus ou moins long après la mort de la mère est-elle possible ? — telle est la première question que nous envisagerons. Le second problème est le suivant : L'Accouchement peut-il se produire sur une femme morte et pour quelles causes ?

1° *De la Survie de l'Enfant.* — Dans le but d'élucider cette question, Haller (1) puis Buffon (2) entreprirent sur des chiennes, qu'ils plongeaient dans l'eau au moment où elles mettaient bas, et qui succombaient une minute environ après l'immersion, une série d'expériences, à la suite desquelles, ils arri-

(1) *Eléments de Physiologie*, III, p. 314.

(2) *Histoire naturelle*, II, p. 447.

vèrent à ce résultat que les petits de ces animaux pouvaient vivre environ une demi-heure sous l'eau. Legallois (1) continuant les mêmes études sur des lapines, constata que la mort survenait de 16 à 21 minutes après la naissance. La survie de l'enfant, né d'une femme morte, est également possible, ainsi que l'ont prouvé divers statistiques. Celle tirée de Canjiamila par Lange, donne de l'an 1200 à 1700 une proportion de 70 o/o d'enfants vivants, 12 o/o de 1700 à 1800, et seulement 2 o/o à partir de 1800. Nous ne retiendrons que ce dernier chiffre : les faits publiés avant cette date n'ayant qu'une authenticité très discutable. Hyernaux, qui a pu relever de 1800 à 1832 200 cas d'opérations césariennes *post-mortem*, trouve que 160 enfants avaient succombé au moment de la naissance, 36 vécurent quelques instants, 4 seulement purent être élevés (2 o/o). Sur 64 cas rassemblés par Reimann (2) en 1877, 6 enfants vécurent. Schenk qui pratiqua 4 fois la césariotomie eut 2 enfants vivants.

Mais les avis diffèrent quand on cherche à établir combien de temps l'enfant peut survivre à la mort de sa mère. Depaul n'accordait aucune confiance aux observations qui accusaient une survie de plus d'une heure ; il nous paraît cependant dans cer-

(1) Expériences physiologiques, 1835.

(2) Arch. f. Gynæk,

tains cas difficile de connaître l'heure exacte de la mort : aussi rejeterons-nous cette opinion comme trop absolue. La survie de l'enfant dépendde plus dans une certaine mesure de la longueur et de la nature de la maladie. Tarnier qui constatait ce fait (1) remarquait « que ce sont les cas de mort subite ou tout au moins rapide qui fournissent la plus grande proportion d'enfants vivants ». Chez ces petits êtres, les phénomènes de combustion sont peu intenses, la respiration peu énergique ne nécessite qu'une faible quantité d'oxygène. Du reste, la condition d'un enfant encore inclus dans l'utérus, est tout à fait distincte de celle d'un enfant qui vit par l'acte de la respiration (Taylor), et sa résistance à l'asphyxie sera d'autant plus grande que son organisation sera plus imparfaite. Dans certaines observations, on constate que l'enfant naquit vivant, une demi-heure, (Viardin) (2) deux heures. (Lemariéy (3), Hubert (4) trois heures, et quatre heures et demie (Villeneuve), dix heures (Gayet (5), et même vingt-quatre heures ! (de Kergaradec) après la mort de la mère.

Ces données relatives à la survie de l'enfant ont une importance évidente pour l'accoucheur au point

(1) *Gaz. Méd. Paris*, 9^e série, t. I, p. 121.

(2) *Thèse Paris*, 1864.

(3) *Gazette des hôpit.*, 1861, p. 86.

(4) *Traité d'Accouchements*, II, p. 160.

(5) *Thèse Panis*, 1807.

de vue de l'opportunité des manœuvres opératoires à pratiquer sur une femme morte en travail. Quant au médecin-légiste, il sera surtout intéressé par la question de possibilité de l'accouchement spontané dans de telles circonstances, sujet dont nous allons nous occuper maintenant.

2° *Possibilité de l'accouchement.* — Quelles peuvent être les causes qui déterminent la naissance de l'enfant ? Pour Friedreich (1), ce n'est pas la mère qui accouche de son enfant. Celui-ci s'accouche seul. « Il se sent libre et veut l'être ; il se sépare de sa mère pour commencer un nouveau cycle de son existence ». Galien qui, le premier, a tenté d'expliquer scientifiquement ces faits, met en cause « la force expultrice de l'utérus aidée de l'action des muscles abdominaux ». Ant. Petit se range à cet avis, tout en accordant au diaphragme et à la musculature de l'abdomen un rôle prépondérant. C'est aussi l'opinion de Devergie (2), de Fœderé, d'Aveling, de Harvey. Ce dernier, se rapprochant de Friedreich, croit aussi au rôle actif joué par le fœtus lui-même, s'appuyant sur ce fait que les petits des ovipares rompent d'eux-mêmes la coquille qui les renferme. Et il ajoute que si l'enfant meurt, c'est faute de soins, et « par suite de la fatigue qu'il a éprouvée ».

(1) *Zeitssch. f. d. Staatsarzneikunde*, 1831, p. 391.

(2) *Méd. légale*, I, p. 196.

D'autres auteurs ont mis en avant la pression exercée dans la cavité abdominale par les gaz de la putréfaction, pression qui peut être considérable et atteindre, on le sait, deux et trois atmosphères. Cette opinion a été soutenue par Maizier, Casper, Depaul. Reimann admettait l'existence chez une femme morte d'un véritable travail de l'accouchement. Deneux et Jacquemier font à ce sujet remarquer, et avec raison, qu'après la mort il y a disparition de la tonicité des muscles qui, pendant la vie, font résistance au passage du fœtus, et que si celui-ci est de petit volume, il peut facilement traverser le conduit vulvo-vaginal. Korsch (1) trouve la preuve de l'action énergique des gaz dans l'existence d'un prolapsus utérin chez des femmes qui ont accouché après leur mort. Cet accident est très rarement observé dans les maternités. A Dublin, on ne l'a constaté qu'une fois en moyenne sur 100,000 accouchements ; à Vienne, une fois sur 250,000 : il n'a jamais été vu à Saint-Petersbourg et à Moscou. Dans les cas d'accouchements *post mortem*, au contraire, il est relativement fréquent. Reimann, sur 17 cas, le trouve 6 fois. Penard (2) en a publié une observation.

La note exacte de toutes ces opinions est fournie par Reimann. Il pense, « qu'il ne faut pas admettre « une cause exclusive, et que si, dans certains cas où

(1) Ueber Leichengeburten-Russische Medicin. 1886, n° 19.

(2) Ann. d'Hyg. et Méd. lég. 1873, XXXIX, p. 213.

« l'accouchement a lieu peu de temps après la mort,
« l'utérus peut en se contractant expulser l'enfant, il
« en est d'autres où l'accouchement ayant lieu assez
« longtemps après alors qu'il y a eu putréfaction, les
« gaz peuvent agir. »

Les accouchements *post mortem* ont été observés depuis les temps les plus anciens. D'après la légende, Saint-Raymond Nonnat serait ainsi né 3 jours (!) après la mort de sa mère (1204). Valère Maxime, Cæmerarius (1551). Hortius ont cité des faits analogues. On lit dans ce dernier auteur qu'une femme pendue en 1567 accoucha de deux jumeaux pleins de vie deux heures après sa mort. Viardin et Deneux en ont recueilli des observations. Citons les noms de Hagendorf (1863), Hoyer de Mulhausen, Most (1), Niethé (2), Vater (3), W. Hunter, d'Outrepont, Osiander, Levret (4), Klose (5), Baudeloque, Bichat, etc... Remfer en a rapporté 11 cas. Bückell de Winchester (6), pratiqua 10 fois la césariotomie avec trois succès. Rizzoli (1834), Golinellei (1843), Tallinucci (1854), Verardini (1860), Franchini (1861) ont pu observer de ces faits. La question fut mise à l'ordre du

(1) Ausf. Encyclopédie de gesammtl. Staatsarzneik II, p. 494.

(2) Diss. de partu post mortem 1827.

(3) De partu hominis post mortem 1827.

(4) Journal des Savants 1794, p. 34.

(5) Brist. Med. J. 1877, p. 135.

(6) Syst. des gerichtl Physik 1814,

jour au Congrès international de Médecine légale en 1879. Nous ne pouvons ici rapporter en détail toutes ces observations, que d'autres ont, du reste, analysées. Nous terminerons, par ce paragraphe, l'étude des accouchements inconscients survenant chez une femme privée de connaissance ou de sensibilité. Dans le chapitre suivant, nous aurons en vue les seuls faits qui prêtent à une entière discussion médico-légale, concernant la possibilité pour une femme en pleine connaissance et jouissant de l'intégrité de ses facultés d'accoucher à son insu.



CHAPITRE II

Des accouchements inconscients chez des femmes en pleine connaissance.

Il existe dans la littérature médicale des cas indubitables concernant des femmes qui accouchent sans s'en apercevoir, tout en jouissant cependant de l'intégrité de leurs sens et de leur intelligence. Nous avons, dans le chapitre précédent, cité un grand nombre de faits où des circonstances spéciales, agissant sur l'organisme maternel peuvent le rendre inconscient des phénomènes qui s'accomplissent en lui. Nous voudrions dans ce chapitre énumérer parmi les observations dont nous avons pu avoir connaissance, celles qui ont un intérêt tout particulier, et qui concernent l'accouchement inconscient chez des femmes en pleine connaissance. Nous y verrons qu'à la faveur de certaines circonstances, qui sont généralement un besoin illusoire de miction ou de défécation, certaines femmes peuvent accoucher avec une rapidité telle que la naissance de leur enfant passe pour elles

inaperçu. Que la femme ignore ou non sa grossesse, question que nous étudierons plus loin, qu'elle se sache ou non en travail, elle n'en peut pas moins être souvent trompée par ces besoins illusoires qui sont du reste d'observation fréquente en obstétrique. Si nous ajoutons à cela, les faits connus d'accouchements sans douleur dont nous nous occuperons dans un autre chapitre, nous verrons que l'accouchement peut être absolument ignoré.

OBSERVATION XXX. — In thèse Panis. Dans les premiers jours de mai 1860, M^{me} X..., primipare se rendait le matin à son travail, quand il lui vint l'idée d'entrer à la Clinique pour consulter parce qu'elle ressentait dans le ventre quelques légères douleurs. Elle était loin de songer à la possibilité d'un accouchement prochain. Elle était dans la salle d'attente, quand tout-à-coup et sans la moindre plainte elle mit au monde un enfant à terme.

OBSERVATION XXXI. — Brochin (1). Une dame secundipare, enceinte et à terme. éprouve dans la nuit quelques coliques, et se lève pour se faire un peu de thé, croyant, disait-elle, que ces coliques étaient occasionnées par « des vents ». Elle se met sur son vase et se relève presque aussitôt sans avoir rien rendu. Elle est frappée seulement en se levant de sentir un corps volumineux entre

(1) Gazette des Hôpitaux, Paris, 1854, p. 118.

ses cuisses. Comme elle fait part de cette sensation à la garde qui couchait auprès d'elle, celle-ci se lève aussitôt, l'examine et n'est pas peu surprise de trouver la tête d'un enfant pendant hors de la vulve. Aidée de la garde et de son mari, cette dame remonte dans son lit et pendant l'effort qu'elle fait pour enjamber, l'enfant sort en entier sans qu'elle en ait la moindre conscience. Elle eut ignoré même ce qui venait de se passer, si elle n'en eut été avertie par les cris de l'enfant. — Quelques instants après, un deuxième enfant franchit le détroit inférieur, le vagin, la vulve sans plus de douleur ni plus de difficultés que le premier, et la mère n'éprouva que la sensation, en quelque sorte, toute physique, du passage d'un corps d'un certain volume à travers les parties génitales. Elle crut qu'il s'agissait du délivre. Délivrance naturelle quelques instants après, placenta double. Les enfants étaient vivants et bien constitués, quoiqu'un d'un volume moindre que le volume habituel d'un enfant à terme.

OBSERVATION XXXIII. — Corin a vu une multipare qui étant sur son vase de nuit a expulsé un enfant de huit mois, et qui était persuadée même après cette expulsion qu'elle avait seulement évacué une selle.

OBSERVATION XXXIV. — Tatham (1). Madame X... à terme éprouve le besoin d'uriner et se rend dans sa chambre. Elle sent alors une grande quantité d'eau qui s'évacue,

(1) In Lond. Med. Reposit., 1824, p. 287.

puis un, puis un deuxième enfant qui tombent dans le seau de toilette. Ces enfants moururent quelques jours après.

OBSERVATION XXXV. Du même. — Une quartipare à terme était assise dans sa chambre lorsqu'elle ressentit quelques petites douleurs sans importance. Elle se leva sans y faire attention, mais aussitôt un enfant fut expulsé, saignant abondamment par le cordon rompu. La mère et l'enfant se rétablirent rapidement.

OBSERVATION XXXVI. Smith (1). — La nommée S... attendait de jour en jour le terme de sa grossesse. Le 25 avril on envoya chercher l'auteur qui, en arrivant, trouva l'enfant nouveau-né sur les draps auprès de sa mère ; le cordon était entier ; le placenta dans le vagin. La nuit précédente, la femme se sentait très bien ; elle se leva plusieurs fois pour donner des soins à un autre enfant malade. A cinq heures du matin, elle se rendit à pied de l'endroit qu'elle habitait jusqu'à son travail. A peine arrivée elle tomba par terre et éprouva une légère colique, comme une envie d'aller à la garde-robe. On la mit sur son lit, et à la grande surprise de tous, l'enfant sortit complètement. La femme était éveillée, et cependant la sensation qu'elle avait éprouvée, était si légère, qu'elle ignorait complètement qu'elle fut accouchée. L'enfant était vivant et bien constitué.

(1) Quarterly Journal of practical medicin and Surgery in Journal de méd. et ch. pratiques, 1858, XXIX, p. 524.

La mère avait déjà eu un accouchement, douloureux et qui avait duré six heures.

OBSERVATION XXXVII (1). — Rapportée par M. Budin à la Société de Médecine légale le 11 juillet 1887.

La nommée T. . ., domestique, habitant la banlieue de Paris, vint à la Maternité le 6 décembre 1886, à 7 heures du soir. Elle croyait ne pas être accouchée ; et se disait grosse de huit mois environ. Elle ajoutait que ce même jour à 5 heures du soir, étant debout dans la cuisine, elle avait senti, sans malaise d'aucune sorte qu'elle perdait de l'eau. Elle prévint ses maîtres qui envoyèrent chercher une voiture pour la conduire à la Maternité. Avant de partir, elle sentit le besoin d'aller aux cabinets d'aisances ; là, elle n'éprouva pas de douleurs, et ne sentit rien de particulier. Arrivée à la Maternité, elle parut tout à fait étonnée, lorsqu'après l'avoir examinée, on lui dit qu'elle était accouchée. La partie inférieure de la vulve présentait quelques petites éraillures produites par le passage récent d'un fœtus assez volumineux.

Le périnée était intact : le vagin contenait quelques caillots ; le col était ouvert, mais reformé. Les jambes et les vêtements de cette femme étaient souillés par du sang frais (la malade ne s'en était pas rendu compte). La sage-femme qui fit ces constatations pensa que le placenta venait d'être expulsé. On fit faire des recherches ; et il fut en effet trouvé à la porte de la Maternité, à la place où cette femme était

(1) Ann. d'Hyg. et med. légale 1887, 3^e série, XVIII, p. 550.

descendue de voiture. Il pesait 320 gr. Le cordon était déchiré à 36 centimètres de l'insertion placentaire. L'enfant fut trouvé mort dans les cabinets où cette femme s'était rendue pour monter en voiture avant de partir pour la Maternité. Interrogée, elle ne niait nullement sa grossesse qui en était pour elle au huitième mois. Elle affirmait que, quoique secondipare, elle n'avait pas senti passer l'enfant.

OBSERVATION XXXVIII (1). — Une dame grande et forte, originaire du Canada, est accouchée deux fois et a fait deux fausses-couches, sans que le travail ait été douloureux. Dans l'une de ces fausses-couches, où l'embryon avait succombé de bonne heure, l'œuf tomba à terre un jour que cette femme descendait de sa chambre dans sa salle à manger. Aussi racontait-elle qu'elle avait l'habitude de « semer » ses enfants sans s'en apercevoir.

OBSERVATION XXXIX. — Brunon (2). Il s'agit d'une jeune femme de 22 ans, primipare, qui arrivée à peu près à terme, fut prise le soir, de douleurs lombaires assez vives ; mais sans que, ni elle, ni personne de son entourage ne songeât qu'il fut temps d'appeler l'accoucheur. A 11 heures du soir, elle ressentit un violent besoin de défécation qui la força à rester près d'une heure sur le siège des cabinets : les douleurs lombaires diminuent ensuite. Vers une heure

(1) In Tarnier. Chantreuil et Budin. Accouchements, p. 590.

(2) Normandie médicale, 1890, et J. de méd. et chir. pratiques, 1890, Art. 14561.

du matin, elles réapparaissent, « pas plus intenses que celles des cabinets », il y a toujours une sensation de pesanteur au siège. La jeune femme voulait se lever de nouveau, quand survint une nouvelle douleur. A ce moment, elle veut rapprocher les jambes en adduction, mais elle sent un corps volumineux interposé entre ses cuisses ; elle y porte la main et trouve la tête de l'enfant complètement expulsée. Le corps la suit immédiatement. A aucun moment, cette femme n'a songé à l'accouchement ; elle n'a compris ce qui se passait qu'après avoir touché et vu l'enfant. Elle est sur ce point absolument affirmative. Elle ne présente et n'a jamais présenté aucun signe de nervosisme : elle est d'une bonne santé, d'un caractère très calme, et appartient à la classe cultivée.

OBSERVATION XL (1). — Une ménagère de village, déjà mère de trois enfants, petite, mais bien conformée, était occupée à la fin de sa quatrième grossesse à la traite de ses vaches, lorsque, se trouvant accroupie devant elles, elle mit au monde, sans s'en apercevoir, un enfant bien conformé et vivant, auquel elle donna tous les soins nécessaires.

OBSERVATION XLI. — Corin (2). Cette observation concerne une femme arrivée au terme d'une troisième grossesse qu'elle avait vivement désirée.

Le 28 janvier, alors qu'elle prétendait n'être qu'à la fin

(1) In thèse Jeaucour, 1858.

(2) In Annales de la Soc. méd. chirurg., Liège 1893, p. 290.

du huitième mois, ce que vérifiait d'ailleurs l'examen combiné, elle commença à sentir quelques douleurs et fit appeler l'accoucheur. A son arrivée, le col était dilatable, le sommet en O I G A ; mais la poche des eaux ne fait même pas saillie dans les douleurs. Celles-ci continuent, intermittentes, pendant trois jours. Malgré cela, le 31 janvier à dix heures du matin, la dilatation n'est que de 4 centimètres.

Les douleurs sont rares et faibles. La femme demande d'aller à la selle, ce qui lui est permis d'autant plus facilement que le toucher pratiqué quelques instants auparavant, avait montré que la tête était encore un peu mobile au détroit supérieur. Le vase de nuit avait environ quarante centimètres de hauteur et était à moitié plein d'eau. A peine la femme s'était-elle accroupie qu'elle sent une forte colique et qu'on entend la chute d'un objet dans l'eau. On voulut faire lever la parturiente ; mais elle refusa prétendant qu'elle venait d'évacuer seulement une selle, et qu'elle sentait encore le besoin.

Comme au bout d'une minute, rien n'était encore produit, on la força à se lever et on ne fut pas peu étonné de voir un enfant en état de mort apparente, la tête dans l'eau. Le cordon était intact : le placenta fut expulsé quelques instants après. L'enfant, ramené à la vie, était bien constitué, et avait environ huit mois de vie intra-utérine. Il saigna abondamment du nez dans l'après-midi quoi qu'il n'y ait aucun signe apparent de fracture du crâne, et mourut le soir. Les parents se refusèrent à toute autopsie.

OBSERVATION XLII. — Laugier (1). Une secondipare entre le 9 janvier à l'infirmierie de la maison de Nanterre, où elle accompagne son petit garçon atteint de coqueluche. Elle est enceinte de près de huit mois. — Dans la matinée du 18 février, elle est prise de coliques qu'elle attribue à ce qu'elle n'avait pas eu de selle depuis cinq jours. On lui administre un lavement simple et à peine est-il pris qu'elle éprouve un besoin irrésistible d'aller à la garde-robe : elle n'a que le temps de se lever et de saisir son vase dans la table de nuit. Au moment où elle s'accroupissait, le bras droit appuyé sur le bord de son lit, le fœtus fut expulsé sans qu'elle eut poussé un cri, et tomba dans le vase d'une hauteur de cinquante centimètres environ, au milieu du liquide amniotique teinté de sang et de l'eau du lavement mélangée à des matières fécales. Le cordon est intact. L'enfant asphyxié par quelques secondes d'immersion est rappelé à la vie sans difficulté. La délivrance survint peu de temps après. Les suites furent excellentes.

OBSERVATION XLIII. — Le Blond (2). Il s'agit d'une primipare de 27 ans, fille-mère abandonnée par son amant qui se plaint un jour de quelques coliques, sans cependant cesser de vaquer à ses occupations habituelles. Après être montée dans sa chambre, elle ne peut s'endormir et est prise vers 1 heure du matin de coliques plus vives. Croyant

(1) Ann. d'hyg. et méd. légale, 1891, t. XXV, p. 380.

(2) Ann. d'hyg. et méd. légale, 1892, t. XXVIII, p. 533.

éprouver un besoin de défécation, elle se met sur son vase de nuit, et les efforts qu'elle fit déterminèrent l'expulsion brusque de l'enfant. Elle s'aperçoit alors qu'elle est accouchée et coupe le cordon à l'aide d'une paire de ciseaux. Malgré une perte assez abondante, elle se rétablit néanmoins.

OBSERVATION XLIV (Personnelle, recueillie à la Clinique Tarnier). — Une femme de 28 ans, blanchisseuse, de bonne santé habituelle, et mère de trois enfants, arrive à la Clinique le 14 novembre 1898, après avoir éprouvé quelques douleurs légères et peu fréquentes. Examinée à son arrivée, on constate une présentation du sommet engagé en O I G A. La dilatation est de 4 centimètres environ. La malade est mise au bain, mais au bout de quelque temps, s'y trouvant mal à l'aise, elle se rend seule jusqu'à la salle de travail. Pendant le trajet, elle ressent une courte douleur, semblable de tous points à celles qui l'ont précédée. En la découvrant pour l'examiner, on est fort surpris de trouver la tête de l'enfant dégagée, coiffée de ses membranes. On rompt aussitôt la poche des eaux, et l'enfant est immédiatement expulsé. Il est vivant, et pèse 3,450 gr. Les diamètres sont O M = 13; O F 11; So B. 8; B P. 9; B T. 8,5. La délivrance se fait naturellement peu après : le cordon mesure 45 centimètres. Il y a au périnée une déchirure médiane de 2 centimètres environ. Interrogée avec soin, la mère nous affirme qu'elle n'a ressenti au moment de la naissance de l'enfant aucune douleur particulière et qu'elle ne s'est nullement aperçue de son accouchement.

OBSERVATION XLV (Personnelle, recueillie à la Clinique Tarnier). — Il s'agit d'une femme tertipare, âgée de 28 ans, qui, se sachant à terme et ayant éprouvé quelques vagues douleurs, se rend à pied à l'hôpital. A son arrivée (9 h. du soir), on trouve une dilatation de 3 centimètres. Le sommet est engagé en O I G A. A 9 h. 30, on donne à la femme un lavement simple : elle est aussitôt prise d'un violent besoin de défécation et se rend aux cabinets. Elle fait quelques efforts, et l'enfant est expulsé subitement. L'infirmière présente à à peine le temps de le saisir pour arrêter sa chute. La mère, très étonnée de se savoir accouchée, déclare n'avoir ressenti aucune sensation particulière autre que celle qui a accompagné ses efforts de défécation, et qu'elle a jugé en tous points analogue à l'évacuation d'une selle. Le périnée est intact. L'enfant vivant pèse 3,530 gr. Diamètres O M. 12,5 — O F. 11 — So B. 9,5 — B P. 9,5 — B T. 8. — Les suites sont absolument normales.

OBSERVATION XLVI (Personnelle, recueillie à la Clinique Tarnier). — Cette observation est de tous points analogue à la précédente.

La femme X..., tertipare, entrée le 28 novembre à la Clinique, est accouchée subitement aux cabinets, croyant à la rupture des membranes. L'enfant tombé dans la cuvette, en fut aussitôt retiré. Il pèse 3.860 gr. et est vivant. Diamètres : OM 13,5; OF 11,6; SOB 10; BP 8,5; BT 7,5. Le périnée présente une légère déchirure médiane qui guérit fort bien. Le placenta du poids de 600 grammes est expulsé peu après. Le cordon mesure 83 centimètres et est intact.

OBSERVATION XLVII (Personnelle). — Nous avons recueilli d'une sage-femme le fait suivant. Madame J. A..., secundipare, est prise vers le huitième mois de sa grossesse de quelques douleurs lombaires auxquelles elle n'attache pas la moindre importance. Cependant son mari va chercher la sage-femme qui arrive aussitôt et à laquelle la femme A... dit que ses douleurs ont disparu et que du reste elles ne signifient rien puisqu'elle n'est pas à terme. Elle consent cependant à se laisser examiner. Au moment où la sage-femme pratique le toucher, l'enfant est expulsé très rapidement sans que la mère accuse aucune sensation particulière.

OBSERVATION XLVIII (Personnelle, clinique Tarnier). — Madame X..., tertipare, a eu deux accouchements à terme très rapides. Elle arrive à la clinique le 13 novembre ; ses dernières règles étant du 13-16 février, elle est donc voisine du terme. La journée s'est passée normalement : elle s'est promenée dans l'après-midi. Vers 8 heures du soir elle ressent quelques douleurs légères dont elle ne s'occupe pas croyant à un simple malaise analogue à ceux dont elle a quelquefois souffert pendant sa grossesse. Comme ces douleurs persistent, son mari la force à se rendre à la clinique : elle monte en voiture et vers le milieu du trajet les membranes se rompent. Peu après, elle est prise d'un irrésistible besoin de défécation et la personne qui l'accompagne l'engage à le satisfaire, en lui représentant qu'à son arrivée, on la changerait de linge. Elle pousse un peu et sans avoir ressenti aucune douleur, accouche en un clin d'œil d'un enfant qui tombe au fond de la voiture.

A son arrivée quelques instants après, à la clinique, on lie le cordon qui mesure 42 centimètres et est intact. L'enfant pèse 2.850 grammes et est bien constitué, Suites absolument normales.

OBSERVATION XLIX. — Docteur Baley (1). L'auteur fut appelé près d'une jeune femme de 23 ans, primipare, à terme.

Les premières douleurs ont apparu à une heure du matin et à cinq heures on fit venir l'auteur. Il interrogea la patiente qui lui dit que les douleurs se rapprochaient et étaient plus fortes, mais une vieille matrone qui était présente, dit en souriant : « on voit bien qu'elle ne sait pas ce que c'est que d'accoucher : les douleurs ne sont pas encore assez fortes. » En se préparant à pratiquer le toucher, et en découvrant la femme, l'étonnement fut grand pour l'auteur d'apercevoir l'enfant entre les jambes de sa mère, la tête plongée dans une mare de liquide amniotique, ne bougeant pas et sans respiration. Il fut rappelé à la vie à l'aide de quelques frictions et d'un bain chaud. La mère interrogée répondit : « Il m'a bien semblé couler quelque chose comme de l'eau, mais je ne me doutais pas être accouchée, et la douleur à ce moment n'a pas été plus forte que les précédentes. » Le périnée est intact; l'enfant pèse 3.100 gr.

De ces observations, nous ne tirerons ici aucune conclusion. Elles présentent pour la plupart bien des

(1) Méd. moderne, 31 août 1898, p. 508,

caractères communs, que le lecteur pourra constater de lui-même. Dans le chapitre suivant, nous étudions du reste les caractéristiques de ces accouchements en général, et les raisons qui peuvent les rendre inaperçus de la mère.



CHAPITRE III

Des causes de l'accouchement inconscient.

Nous n'aurons en vue, dans l'exposé de ce chapitre que les accouchements s'effectuant à leur insu, chez des femmes en pleine possession de leur connaissance et de leur sensibilité. Pour ce qui est des autres faits du même genre qui surviennent chez une femme étant à ce moment sous l'influence d'une cause pathologique, la raison de l'inconscience doit naturellement être rapportée d'abord à l'influence de cette affection (syncope, coma, folie, etc.).

On a recherché aux accouchements inconscients nombre d'explications différentes. Nous les énumérons en les discutant.

1° Conformation anormale du bassin. — L'excès d'amplitude du bassin semble, au premier abord jouer un rôle assez important. Les bassins larges, généralement agrandis, ont été étudiés par Pujos (1), Levret,

(1) Travaux d'Accouchements 1759.

Depaul (1), Dornh (2). Ils se rencontrent surtout chez les femmes dont la stature est très développée. Cependant, ils nous paraissent ne devoir être que rarement une cause d'accouchement précipité et inconscient. La femme étant plus forte, l'enfant est plus gros ; l'accouchement se trouve dans ce cas réduit à un accouchement normal et ne pourrait passer inaperçu que si, une autre cause, de celles que nous énumérerons plus loin (multiparité, époque peu avancée de la grossesse) venait s'ajouter à l'excès d'amplitude du bassin.

2° *Multiparité*. — Cette seconde considération offre un côté sérieux : il est presque superflu de dire que les parties molles de la mère se prêteront d'autant plus facilement à une expulsion rapide de l'enfant, qu'elles auront été plus souvent dilatées par le passage d'autres produits de conception. Remarquons cependant, au contraire de l'opinion d'Adelon (3), que le plus grand nombre d'accouchements inconscients concerne des primipares, ce qui s'explique par ce fait qu'elles peuvent plus facilement ignorer les signes d'une délivrance prochaine ou ne pas les rapporter à leur véritable cause.

Il existe cependant des statistiques qui donnent

(1) Art. Bassin du Dict. Encyclopéd.

(2) Arch. f. Gynækologie 1884. p. 87.

(3) Ann. d'Hyg. 1855. IV. p. 453.

une plus grande proportion d'accouchements précipités chez des multipares. Si nous prenons, par exemple, celle de Winckel et Koch, nous voyons que 25,1 0/0 de tels accouchements se rapportent à des primipares. 43 0/0 à des secondipares. 28,8 0/0 à des multipares. Si les secondipares l'emportent sur toutes, cela doit venir de ce que l'utérus n'ayant pas été trop souvent distendu a conservé encore une grande contractilité et qu'aussi les femmes, jeunes pour la plupart, sont encore capables de poussées vigoureuses.

3° *Causes dépendant de l'utérus lui-même.* — Elles consisteraient, suivant Nœgelé et Grenser, soit dans l'irritabilité trop grande de la puissance contractile de cet organe, soit dans le développement excessif de ses fibres musculaires, deux raisons qui peuvent être rapprochées l'une de l'autre.

Notons aussi que l'état moral de la femme est souvent affecté. La fille-mère qui accouche clandestinement, sentant venir les douleurs et approcher le moment dont elle redoute les conséquences tombe en proie à une surexcitation nerveuse qui peut s'étendre aux organes, l'utérus, d'après Wigand, entrant alors en un état de tétanisation irrésistible.

4° *Troubles du système nerveux.* — La femme enceinte peut présenter une série de troubles variables du système nerveux. Ainsi que l'écrivent MM. Ribe-

mout-Dessaignes et Lepage (1), on peut observer chez ces femmes « une diminution remarquable de la sensibilité. Celle-ci est parfois tellement obtuse que « certaines accouchent sans pousser un cri et sans « accuser la moindre sensation douloureuse. »

Cette question de l'absence possible de douleurs va nous arrêter un instant.

A. Accouchements sans douleur. — L'absence de douleurs dans l'accouchement est-elle possible ? Une femme peut-elle accoucher sans ressentir aucune douleur à une période quelconque du travail ? Il convient avant d'aborder ce sujet d'être bien fixé sur le caractère et l'intensité des douleurs que la femme éprouve habituellement. La douleur est, aux yeux de beaucoup, une loi absolue. L'accouchement pour eux ne peut s'accomplir dans le silence de l'organisme. « Peut-on imaginer, dit Capuron (2), la matrice se contractant avec force, que son orifice s'entr'ouvre, « que le vagin et la vulve se dilatent, et quelquefois « se déchirent pour livrer passage à un enfant plus « ou moins volumineux, sans que les propriétés vitales « s'exaltent, sans que tout l'organisme s'ébranle, sans « que la femme souffre ? » D'autres ont parlé de la nécessité de ces douleurs : ils ont prétendu que c'était contrarier les desseins de la Providence que de mettre,

(1) Précis d'obstétrique, p. 181.

(2) Méd. légale relative aux accouchements, p. 129.

à l'aide d'agents anesthésiques, par exemple, la femme dans la possibilité d'accoucher sans ressentir de sensations pénibles ; que la nature employait ce moyen pour attacher la mère à son enfant, ou encore que ce phénomène était nécessaire pour avertir du danger encouru par un accouchement trop prompt (Linneçar) (1).

Quoiqu'il en soit, les douleurs que ressent la mère pendant le travail de l'enfantement sont variables et comme caractère et comme intensité. Tout au début, elles sont légères (mouches) et n'empêchent pas les femmes de vaquer à leurs occupations ; elles sont courtes, et analogues aux coliques qui accompagnent quelquefois la menstruation. Mais peu à peu, elles s'accroissent, alors que le col complètement effacé commence à se dilater (douleurs préparantes). Enfin, lorsque la résistance du col a été vaincue, et que la lutte commence entre l'utérus et le plancher pelvien, la douleur perd ordinairement de son intensité, et le cri qui la traduit se confond avec l'effort. Ce n'est qu'au moment du dégagement de la partie fœtale que, par suite de la distension exagérée de la vulve et du périnée, l'intensité de la douleur s'accroît, et la femme ressent une sensation de déchirement local extrêmement pénible (douleurs conquassantes).

(1) *Lancet*, 1841-42, p. 249.

Mais les douleurs ne se présentent pas toujours avec cette invariabilité clinique : chez certaines femmes, les douleurs qui marquent le début du travail font défaut : c'est là un fait d'observation courante, surtout chez les primipares ; et il n'est pas rare, en pratiquant le toucher, à l'occasion d'un examen fortuit, de trouver un début de travail insoupçonné. C'est en s'appuyant sur ces données expérimentales que Millot a pu écrire : « Je suis convaincu que l'accouchement commence chez beaucoup de femmes plusieurs jours avant les premières douleurs ; chez beaucoup d'autres moins tôt ; mais chez les unes comme chez les autres, toujours avant ces douleurs ». Il posait, en principe, que les douleurs ne commencent qu'au moment où l'orifice du col arrive à se dilater et se basait sur ce fait que dans les cas de placenta prævia, l'hémorrhagie commence avant les douleurs et suit les progrès de dilatation.

Notons aussi, comme constatation curieuse, que l'intensité des douleurs est en rapport direct avec le degré de civilisation de la parturiente : faibles chez les femmes de race noire, elles sont au *summum* chez les blanches, et parmi celles-ci, les paysannes accouchent plus facilement que les femmes de la ville. C'est ce qui s'observe également chez les animaux : les femelles à l'état sauvage accouchent sans douleurs ; apprivoisées, elles perdent cette faculté.

L'observation suivante de Short (1) est curieuse à ce point de vue.

Il traversait une place aux Indes, ayant devant lui trois femmes indoues portant des paniers. Tout-à-coup il vit l'une d'elles s'arrêter, et à sa grande surprise, il aperçut par terre un enfant vivant. Il ne put approcher cette femme qui n'était pas de la même secte religieuse que lui. Il croit que la cause de cette rapidité anormale de l'accouchement est dans la largeur exagérée du bassin.

Nous nous résumerons en disant que l'intensité des douleurs est variable suivant l'état de primiparité ou de multiparité de la mère ; suivant son degré de civilisation ; suivant aussi l'état de son système nerveux. Notons en outre, que certains auteurs ont fait jouer un rôle aux pressions exercées par l'enfant sur les viscères abdominaux, pressions variables suivant sa position (Clay) (2), et que, comme on peut le constater dans plusieurs de nos observations (Obs. I. Weill, obs. LIII. Mattei) la question de l'hérédité paraît devoir entrer en ligne de compte.

Nous trouvons dans les auteurs quelques observations très intéressantes d'accouchements qui eurent lieu avec un minimum de douleurs ou même sans que la mère ait ressenti aucune souffrance.

En voici quelques exemples :

(1) In Obst. Transact. 1863, IV, p. 210.

(2) Lancet 1841-42. p. 406.

OBSERVATION L. — Cripps (1) fut appelé auprès d'une femme primipare qui avait dépassé de quelques jours le terme de sa grossesse. A l'examen, il trouve une dilatation d'environ un franc. La poche des eaux se rompt presque aussitôt et la dilatation fut complète quatre heures après. La femme n'avait ressenti aucune douleur, sauf quelques légères crampes dans les membres inférieurs. Elle accouchait bientôt après, en quelques contractions à peine douloureuses.

OBSERVATION LI. — Linnecar (2) observa une femme qui, atteinte d'anasarque, ne ressentit les premières douleurs que lorsque la tête vint appuyer sur la périnée.

OBSERVATION LII. — Matteï (3). Une primipare entre le 15 décembre 1853, à l'hôpital de Bastia. Tout le mois de décembre se passe sans qu'elle ait ressenti aucune douleur. Examinée le 15 janvier, on trouve le col dilaté comme 5 francs. Six jours se passent sans qu'il y ait aucun signe de continuation du travail. Le 25 janvier 1854, la dilatation est trouvée complète. A aucun moment on n'a pu observer la moindre sensation douloureuse, ni aucune contraction utérine. Cette femme, devenue enceinte à la suite d'un seul coït dont elle précise la date serait au dixième

(1) *Lancet* 1841-42. p. 307.

(2) *Lancet*, 1841-42, p. 249.

(3) *Gazette des Hôpitaux*, 1854, p. 86.

mois de sa grossesse. Subitement, elle éprouve quelques douleurs et à peine a-t-on le temps de l'étendre sur un lit que l'enfant est expulsé dans un flot de liquide amniotique. Il pesait 3 kilogr. et vécut. Matteï, constatant ce fait remarquable de dilatation préalable du col sans douleurs, ajoute : « Peu-être si j'avais rompu les membranes dès la dilatation complète, la suite de l'accouchement aurait-elle eu lieu « sans douleurs. »

OBSERVATION LIII. — Du même. Elle concerne une tertipare bien conformée, mais de tempérament très nerveux qui a déjà eu deux accouchements très rapides. Arrivée au terme de sa grossesse, elle est, pour cette raison, surveillée attentivement. Elle ressent une légère douleur : on l'étend sur un canapé, et immédiatement une seconde douleur amène l'expulsion de l'enfant. Chose remarquable, la mère et la sœur de cette femme ont eu des accouchements aussi prompts.

Matteï place la cause de cette dilatation qui se complète sans douleur même chez une primipare, dans un état de « contraction permanente et accrue de l'utérus, qui peut dilater complètement le col à l'insu de la femme, et peut, seule, suffire à faire passer le fœtus à travers la filière du bassin et des parties molles ». Rapprochons de cette opinion celle de Denman : « On peut dit-il, supposer que les voies par lesquelles l'enfant doit passer, sont si parfaitement

dilatées qu'elles n'offrent que peu ou pas de résistance à la force expultrice et dans ce cas, la femme accouchera, n'éprouvant que des douleurs insignifiantes ou même aucune. »

OBSERVATION LIV. — Sangree (1). Une femme enceinte de huit mois accouche en vingt minutes d'un enfant vivant. Elle a eu quelques douleurs fugaces, mais le passage de l'enfant au dehors serait passé inaperçu, s'il n'avait crié.

D'autres auteurs ont observé des accouchements qui ont eu lieu sans que la femme ait ressenti aucune sensation douloureuse. Freymann (2), Burnett (3). Channing (4), Colton (5), Davis (6), Eger, Gillette (7) en ont rapporté des exemples. Le cas de Channing fut absolument indolore, quoiqu'une hémorrhagie abondante ait nécessité la version. Del Campo (1) cite un cas d'accouchement gemellaire sans douleurs. On lit dans Montgomery qu'une dame mit au monde

(1) In thèse Bonnemaison, Obs. XLIV.

(2) Diss. sistens historiam partus lenti sinè ullo ad partum dolore, 1821.

(3) South Med. Rec., 1885, p. 272.

(4) Boston M. et S. J., 1865, 229, 232.

(5) Med. Bull. Philadelphie, 1879.

(6) Nashville J. M. et S., 1881, 252.

(7) Travaux de la Soc. d'obstétr. N.-York, 1876-78.

(8) Bol. d. Med. cirug. y farm, Madrid, 1848.

huit enfants sans travail douloureux. Clay (1) accoucha une primipare pléthorique qui n'eut aucune douleur. Une femme accouchée par Wharrie (2) resta dix heures en travail, dans les mêmes conditions.

OBSERVATION LV. — King (3). Une femme âgée de 36 ans, mère de neuf enfants, reçut son assistance à la fin de sa dixième grossesse. Quand on le fit venir, elle était couchée dans son lit, calme et tranquille et parfaitement insensible. L'enfant avait été expulsé avec le placenta. La femme ne recouvra sa sensibilité que dix à douze heures après et déclara n'avoir aucun souvenir, soit de son accouchement, soit de n'importe quelle circonstance liée à cet événement. Elle n'avait eu ni douleur, ni malaise.

Dans la thèse de Panis, nous relevons le cas d'une femme qui ne ressentit aucune douleur pendant le travail : celui-ci dura cinq jours.

OBSERVATION LVI, Scott (4). — « Madame W... qui
« accouche très rapidement me fait chercher. A mon arrivée
« elle me déclare qu'elle n'a encore ressenti aucune douleur.
« Je vais me chauffer les mains devant la cheminée, et avant

(1) Lancet, 1841, 42, p. 406.

(2) Cormack's Journal, 1846, XII.

(3) Med. Times, 1847, p. 234.

(4) Lancet 1859,

« que j'ai eu le temps d'accourir auprès du lit, l'enfant était
« né sans un cri. Les suites furent normales ».

OBSERVATION LVII, du même (1). — Une dame M... pesant plus de 300 livres a eu 3 accouchements antérieurs très rapides. Elle accouche en deux heures d'un enfant vivant et bien conformé. « La plus minutieuse observation pendant toute la durée du travail ne permit de constater aucune contraction utérine. La malade n'éprouva aucune douleur.

OBSERVATION LVIII, Larkin (2). — Une femme de 29 ans, a eu également trois accouchements rapides qui ont duré de 20 minutes à 1 heure. Arrivée au terme de sa quatrième grossesse elle accoucha en peu de temps d'un enfant pesant plus de dix livres, sans avoir cependant ressenti aucune souffrance. On ne put à aucun moment du travail constater de contraction utérine.

OBSERVATION LVIII bis, Tarnier (3). — Une multipare éntre à la Maternité et raconte qu'elle vient à l'hôpital parcequ'elle accouche toujours sans douleurs ce qui l'expose à rester privée de secours. Le lendemain, pendant la visite, elle accouche en effet sans avoir ressenti aucune souffrance.

(1) In thèse Bonnemaison, obs. XLIII.

(2) Med. Record New-York 1893, XLIV, p. 815.

(3) L'art des accouchements, p. 590.

Nous avons, nous même entendu citer le cas d'une personne, qui, a terme d'une grossesse régulière accoucha subitement sans douleurs et sans prodromes alors qu'elle faisait sa toilette pour se rendre à la ville voisine. Elle avait déjà eu un accouchement indolore et très rapide.

Tous ces faits établissent de façon formelle la possibilité d'accouchements sans douleur, qu'ils soient rapides ou aient une longueur normale. L'utérus, en effet, comme l'estomac, l'intestin, le cœur, est sous la dépendance du système nerveux ganglionnaire ; et la contraction peut s'exercer alors même que la volonté et la sensibilité sont complètement éteintes. On l'a vu, nous le savons, fonctionner après que la mort a été constatée. Leroux de Dijon, faisant la version chez une femme morte, voulut, après la version extraire le placenta : il ne put faire pénétrer sa main au travers du col de l'utérus revenu sur lui-même. Du reste, les faits d'accouchements *post mortem* corroborent cette opinion. La possibilité des accouchements sans douleurs est indéniable : s'ils sont de plus rapides, la mère peut n'en avoir aucune conscience.

B) Ignorance de la grossesse. — Nous n'avons eu en vue jusqu'ici que les faits concernant des femmes enceintes, connaissant leur état de grossesse, et prévoyant de ce fait avec une exactitude plus ou moins grande la date de leur accouchement. Une autre

question va nous occuper maintenant, plus discutable et plus discutée que la précédente. Se peut-il qu'une femme ignore sa grossesse ? Fait qui rendrait plus vraisemblable l'hypothèse d'un accouchement inconscient. Ce point obscur de médecine légale nous semble se rattacher étroitement à la question de l'ignorance de l'accouchement. Il est évident qu'une femme pourra se méprendre sur la naissance de son enfant, si à aucun moment, elle ne s'est crue — de bonne foi — enceinte, ou a attribué à d'autres causes les malaises qu'elle pouvait ressentir. « Elle « n'aura pas un grand pas à faire, dit Tardieu, si « prétendant avoir méconnu sa grossesse, elle dit « être accouchée sans s'en apercevoir ». Parmi tous les auteurs (les Anglais principalement) qui se sont occupés de la question, beaucoup ne croient pas le fait possible. Le Code pénal Prussien n'admet pas l'excuse qu'une femme puisse ignorer sa grossesse après la trentième semaine à dater de la conception. Cette opinion, évidemment trop absolue en thèse générale, a soulevé des objections. Hoffmann (1) lui fait des réserves très justifiées pour les idiots, les imbéciles, les filles primipares irrégulièrement réglées et pour les états pathologiques qui ont trompé le médecin. Bien des causes, en effet, ou de fausses interprétations de faits normaux peuvent induire une femme en erreur.

(1) *Eléments de médecine légale*, p. 129.

Comme le dit W. Wescott (1) : « Les femmes
« non mariées qui sont en état de grossesse peuvent
« ne pas se croire enceintes simplement parce qu'elles
« ne veulent pas le croire : elles s'imaginent souvent,
« et peut-être de bonne foi, atteintes d'une maladie à
« à laquelle elles rapportent les symptômes qu'elles
« ressentent. Chez les femmes mariées, cette erreur est
« plus rare, mais l'excuse est aussi plus admissible ». On peut poser en principe, avec M. Brouardel (2), que la grossesse facilement méconnue à son début ne peut que difficilement être ignorée après le cinquième mois. « Suppression des règles, mouvements de l'enfant, développement exagéré du ventre et des seins, troubles sympathiques de la santé, toutes ces causes rendent cette allégation invraisemblable, et cependant, les faits pris parmi des femmes qui n'avaient aucun intérêt à dissimuler leur grossesse ou qui désiraient vivement être mères ne sont pas rares ».

Nous savons en effet, et ce fait est d'observation journalière en clinique, que bien des symptômes de la grossesse peuvent être mis sur le compte d'une affection pathologique. Le développement du ventre est un symptôme commun à bien des affections abdominales (fibromes, kystes de l'ovaire, ascite, péritonite tuberculeuse, etc.), de même, l'augmenta-

(1) Lancet. 1897, p. 607.

(2) Loco citato, p. 151.

tion de volume de l'utérus se rencontre dans certains cas de métrites, fibrômes, etc. Le seul signe pathognomonique, c'est-à-dire les battements du cœur foetal, ne peut être perçu par la malade.

La suppression des règles, qui est généralement le signe sur lequel celle-ci attire son attention, est un fait d'observation courante dans nombre de maladies qui n'ont aucun rapport avec la grossesse. Cette aménorrhée peut être attribuée à une affection utérine, à l'âge de la malade, chez les jeunes filles au moment de la puberté, ou chez les femmes arrivées au moment de la ménopause. Ce serait même d'après Tardieu, chez les femmes qui, arrivées à un certain âge n'ont plus lieu d'être surprises de la disparition de leurs règles que se remarque la plus grande proportion de grossesses inconscientes. Constatons encore que les règles peuvent être conservées avec une apparence de régularité pendant tout le cours de la grossesse ; on a même vu des femmes qui n'étaient réglées qu'à ce moment.

Le diagnostic de la grossesse offre donc souvent de sérieuses difficultés. Combien de femmes ont par exemple, été jugées atteintes de kyste de l'ovaire, alors qu'elles étaient enceintes. Hoffmann (1) cite un cas dans lequel plusieurs médecins et chirurgiens crurent à de l'ascite et firent une ponction : il s'agissait

(1) Loco citato, p. 730.

d'hydramnios ; la mère accoucha à terme malgré la ponction.

C'est en s'appuyant sur ces diverses considérations soutenues par des observations rares, mais indiscutables, que nous admettrons la possibilité, dans certains cas, de l'ignorance de la grossesse. Que celle-ci, résulte, par exemple, d'un seul coït, accompli, soit dans des circonstances spéciales (suggestion, ivresse (1), ou sur une femme imbécile et faible d'esprit (Fleischman) (2), il nous paraît évident que la mère pourra, et de bonne foi, nier sa grossesse, et si elle est primipare, les douleurs du travail pourront ne pas être rapportées par elle à leur véritable cause. Nous publierons quelques observations de ces faits :

OBSERVATION LIX. — Long (3). Il fut appelé près d'une jeune femme de 24 ans, mariée et réglée d'ordinaire très irrégulièrement, pour une attaque convulsive dont on ignorait la nature. A son arrivée, la femme venait de donner brusquement naissance à un enfant de sept mois. Ni elle, ni son mari n'avaient la plus petite idée qu'elle fut enceinte. Elle avait remarqué qu'elle avait pris de l'enbompment, et que ses seins étaient plus pleins qu'à l'état normal : mais elle attribuait cet état à l'amélioration de sa santé, la cessa-

(1) Schmidt's Jahrbücher, 1850, p. 323.

(2) Hencke's Zeitssch, 1839, p. 294.

(3) Med. Times and. Gazette, 1857, p. 592.

tion des règles étant mise sur le compte de quelque cause accidentelle.

OBSERVATION LX. — Tanner (1), eut à observer un fait semblable chez une femme qui avait le plus vif désir d'être mère, et qui parvint à terme sans avoir la moindre conscience de son état.

OBSERVATION LXI. — Du même (2). Cette observation concerne une dame de 42 ans, atteinte, disait-on, d'accès douloureux violents que rien ne pouvait calmer. Elle était mariée depuis trois ans, n'avait jamais été enceinte et n'était pas réglée depuis dix mois ce qu'elle attribuait à son âge. Un médecin avait cru à une affection inflammatoire du ventre, ce qui était également l'opinion de la malade et de son mari. Elle fut très surprise d'apprendre qu'elle était en travail et accoucha naturellement peu après.

OBSERVATION LXII. — Wold (3). Une fille de magasin, enceinte à la suite d'un seul coït, accouche debout derrière son comptoir d'un enfant qui mourut de fracture du crâne. Elle était malade depuis fort longtemps, très irrégulièrement réglée et ressentait de vives douleurs dans le bas-ventre. Les symptômes qui survinrent furent rapportés par

(1) Obst. Transact. IV, p. 113.

(2) In Monatsch. f. Geburtskr. 1863, XXI, p. 153.

(3) In Hoffmann, loc. cit. p. 130.

elle à son ancienne maladie : elle fut confirmée dans cette idée par un docteur qui la soigna pour une hydropisie.

●
OBSERVATION LXIII. — Rüttel (1). Une femme de 41 ans, mariée depuis 16 ans, accouche subitement en revenant d'un village voisin. Elle s'était vivement plainte quelques jours avant de ne pouvoir être mère.

OBSERVATION LXIV. — Moronval (2). Une femme de 33 ans, déjà mère de deux enfants et d'une bonne santé habituelle fut prise à l'époque de ses règles d'une vive frayeur qui les supprima tout-à-coup. Dès ce moment, se manifestèrent divers accidents qui furent tour à tour attribués par les médecins à une môle, à une hydropisie, à un kyste de l'ovaire. Dix mois après environ, elle accouchait d'un enfant bien portant sans avoir jamais soupçonné sa grossesse.

OBSERVATION LXV. — Føederé (3). Il s'agit d'une jeune femme mariée depuis trois ans, mais dont le mari était absent et qui vint consulter l'auteur pour une maladie de poitrine ; celui-ci remarqua bien l'existence dans le côté droit d'une tumeur oblongue que l'on crut être une tumeur stercorale. Cette femme accouche peu de temps après

(1) Hencke's Zeitssch. der S. A., 1844, p. 264.

(2) Cité par Devergie, I, 466.

d'un enfant d'environ cinq mois. « Sa naïveté et sa confiance au moment du travail dont elle affirmait ignorer la nature, et le peu de précautions qu'elle avait prises pour cacher sa honte et le témoin de son infidélité semblèrent autoriser à croire qu'effectivement elle n'avait pas connaissance de son état. »

OBSERVATION LXVI. — W. Westcott (1). En se rendant à son travail le matin, un mari quitte sa femme bien portante. Rentrant chez lui deux heures après, il la trouve morte, étendue sur le lit. Le cadavre d'un enfant à terme gisait sur le plancher de la chambre. Bien qu'il y eut du monde dans la chambre voisine, personne n'avait rien entendu. *Devant le procureur du roi, le mari affirmait que sa femme, pas plus que lui, ne se croyait enceinte.*

OBSERVATION LXVII. — Guy et Ferrier ont cité un cas concernant une femme qui accoucha en une seule douleur, pendant la nuit, et qui n'avait jamais eu connaissance de son état de grossesse.

OBSERVATION LXVIII. — Vibert (2). Il s'agit d'une fille primipare, peu intelligente et qui fut admise à l'hôpital

(1) Lancet, 1897, I, 607.

(2) Traité de médecine légale, p. 416.

à deux reprises différentes comme étant atteinte de kyste de l'ovaire. Pendant son deuxième séjour, elle accoucha dans les latrines d'un enfant qu'elle précipita immédiatement dans la fosse, et elle assura avoir cru à l'interprétation des médecins et ne s'être jamais imaginé qu'elle fût enceinte.

L'intérêt très évident que la femme, avait dans ce cas, à nier sa grossesse nous paraît enlever à l'observation une grande partie de son intérêt, au point de vue de l'ignorance de la grossesse. Le fait suivant, emprunté au livre de M. Brouardel a une valeur plus indiscutable.

OBSERVATION LXIX. — (Brouardel (1). La femme d'un employé supérieur d'un ministère, mère de quatre enfants, nourrissait le dernier depuis plus d'un an. Elle n'avait aucune raison de nier une grossesse possible : et elle arriva à terme sans s'être jamais crue enceinte, ayant méconnu tous les phénomènes de la grossesse et attribué l'absence des règles à la lactation.

OBSERVATION LXX (inédite, due à l'obligeance du Dr Paris, de Marseille). — L'auteur fut appelé en 1886, près d'une femme qui, au dire du mari, avait une perte abon-

(1) *Loco citato*, p. 152.

dante ; il la trouva assise sur une chaise ; elle se plaignait de coliques et de pertes blanches ; un simple palper abdominal permit de constater qu'un accouchement commençait. Au mot d'accouchement le mari et la femme se récrièrent ; celle-ci repoussa si loin ce diagnostic que l'on dût la porter de force sur son lit. Cinq minutes après elle accouchait d'un enfant vivant, à terme et bien conformé. Mariée depuis huit ans, sans avoir jamais été mère, et se croyant assurée (suivant son désir) de n'avoir jamais d'enfant, elle était désolée de cette surprise. C'était une femme d'assez haute taille, lymphatique ; elle avait un embonpoint habituel tel que personne de son entourage n'avait remarqué de modifications sensibles pendant cette grossesse. Comme elle ne voulait pas d'enfants, qu'elle était mariée depuis longtemps, qu'elle prenait quelques précautions, elle attribua, comme du reste son entourage, la suppression des règles et quelques légères défaillances à de l'anémie, à l'influence des gaz du charbon (elle était cuisinière) ; et prit du vin de quinquina et quelques préparations ferrugineuses. Elle ne pensa pas une minute à la possibilité d'une grossesse et personne n'y songea autour d'elle.

C. Besoins illusoires chez les femmes en travail.

Enfin, il nous faut mettre en évidence un caractère presque constant de cette catégorie d'accouchées

Coliez 6

ments inconscients, caractère, que nous retrouvons signalé dans un grand nombre d'observations. Nous voulons parler des besoins illusoires de miction ou de défécation qu'accusent les femmes en travail ; souvent l'accouchement se produit au moment où elles croient le satisfaire. Les observations comme celle de M. Budin (obs. XXXVII) dans lesquelles ces besoins illusoires sont en tous points analogues, comme durée et comme intensité aux sensations normales, au point que la femme peut accoucher sans ressentir la moindre impression spéciale sont rares ; le plus généralement, ces besoins sont persistants, douloureux même. Ils sont dus à la compression de la partie inférieure du rectum par la tête fœtale. On peut en effet considérer l'expulsion du produit de conception comme une véritable excrétion ayant de nombreuses analogies avec l'excrétion de l'urine et surtout des matières fécales. La filière génitale est analogue comme constitution à la partie terminale du tube digestif et de l'appareil urinaire. Dans le phénomène physiologique de la défécation, les matières amenées dans le rectum par les contractions intestinales trouvent une première barrière au niveau du sphincter interne ou lisse de l'anus. Petit à petit, celui-ci se distend, et par suite des efforts de défécation auxquels se livre le sujet. Ces matières pressant contre le sphincter externe le distendent et l'ouvrent. Des phénomènes analogues ont lieu pour la miction.

L'accouchement, dans son mécanisme physiologique, offre avec ces deux fonctions de nombreux points de ressemblance. C'est ce qu'établit d'abord Power (1), puis Dubois et Depaul (2). La seule différence entre ces fonctions naturelles : miction et défécation d'une part, accouchement d'autre part, consiste dans la disposition spéciale des sphincters. Alors que, soit dans l'urèthre, soit dans le rectum, il existe deux sphincters : l'un interne lisse, l'autre externe strié, il en existe quatre dans la filière génitale : deux lisses (orifices externe et interne du col), deux striés (muscles releveur de l'anus et constricteur de la vulve). Cette disposition, résultant d'une sage prévoyance de la nature à l'égard du produit de conception, nous explique pourquoi l'acte de l'accouchement est plus pénible que celui de la défécation. Cependant, dans certains cas où différents facteurs (moindre résistance des parties molles, faible volume du fœtus, absence de douleurs, etc...) sont réunis chez une même femme, on comprend facilement que l'expulsion du produit de conception ait lieu avec une grande rapidité et que la femme, éprouvant au moment du travail ces besoins de miction ou de défécation, puisse accoucher à son insu, croyant simplement les satisfaire.

Adelon, professeur de médecine légale à Paris,

(1) *Treatise of the principles of midwifery*. 1819.

(2) *Bull. de la Soc. anatomique*. 1839. p. 297.

fit d'un cas de ce genre soumis à son expertise une étude approfondie (1). Consulté sur le point de savoir : « Si une femme en travail d'enfant et pressée
« par un besoin de défécation, se plaçant sur un siège
« de latrines, peut y accoucher contre sa volonté,
« il conclut que le besoin de défécation se fait sentir
« souvent et énergiquement dans les derniers temps
« du travail, fait connu de tous les accoucheurs, que
« les efforts excessifs et involontaires de la fin du
« travail amènent souvent l'accomplissement simultané de la défécation et de l'accouchement... et que
« la volonté de la femme à ce moment cesse d'être
« maîtresse : elle est dominée par le besoin instinctif
« d'ajouter ses efforts d'expulsion aux contractions
« de l'organe. »

Pour terminer ce long chapitre des causes de l'accouchement inconscient, nous nous résumerons en quelques mots. Il nous paraît évident que des causes spéciales et nombreuses doivent être recherchées quand il s'agit d'un accouchement accompli à l'insu d'une femme en pleine santé. Aucune de ces raisons ne paraît à elle seule expliquer tous les cas qui ont été publiés : l'association de plusieurs d'entre elles est nécessaire. De là, croyons-nous, la rareté du fait.

(1) Ann. d'Hyg. 1855. IV. p. 464.

CHAPITRE IV

Des accidents

Il est facile de concevoir que cette rapidité extrême ou cette absence de signes avertissant la mère de son accouchement ne sont pas sans occasionner des accidents plus ou moins fréquents, plus ou moins graves. Nous les diviserons en trois classes, selon qu'ils atteignent la mère, l'enfant ou les annexes.

Cependant, avant d'aborder cette étude, nous dirons quelques mots concernant certaines circonstances, dont l'effet, au moment de l'expulsion de l'enfant, peut influencer sur ces accidents. Et, avec beaucoup d'auteurs, nous ferons jouer un rôle à la position que prend la mère, ou dans laquelle elle se trouve au moment d'accoucher. La femme surprise brusquement par cet accident auquel elle ne s'attend pas, peut se trouver dans des attitudes variables. Nous verrons plus loin que ce fait a pour le médecin légiste, au point de vue de la chute d'un enfant dans les fosses d'aisances, une importance capitale.

Dans les nations civilisées, la femme qui va accoucher se met dans le décubitus, soit latéral (Angleterre), soit dorsal (France), position qui paraît écarter le plus grand nombre possible des chances d'accident. La femme surprise par l'issue de l'enfant tend instinctivement à s'accroupir, afin, comme le fait remarquer Corin (1), d'agrandir le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur, et aussi pour que l'effort produit soit plus considérable ». C'est ce qui a lieu dans l'acte de la défécation, qui serait presque impossible dans la station debout. L'accouchement debout n'est cependant pas impossible, et c'est alors, il est aisé de le comprendre, que des accidents ont le plus de chances de se produire. La rupture du cordon, par exemple, se produit avec une facilité plus grande ; l'enfant tombe à terre avec une rapidité qui s'accroît, théoriquement, d'après les lois mathématiques de la vitesse ; le cordon se tend brusquement et avec force, d'où rupture. Nombre d'auteurs (Tardieu, Marc, Briand et Chaudé) ont rappelé la statistique recueillie par Klein dans le Wurtemberg en 1817. Il put rassembler 183 observations d'accouchements rapides : 155 fois la femme était debout ; 22 fois accroupie et 6 fois à genoux. Cet exposé rapide sera complété quand nous ferons l'étude des accidents en particulier et principalement de la rupture du cordon ombilical.

(1) Zeitsch. f. med. Beamte, 1893, p. 97,

A) *Mère*. — Contrairement à ce qui se peut imaginer, les accidents sont relativement rares, et souvent peu graves. Bonnemaïson (1), dans une statistique portant sur 82 cas d'accouchements rapides, constate que 56 fois, il n'y eut aucun accident. 26 fois on eut l'occasion d'en remarquer, dont 12 seulement furent sérieux. Au total : 31,7 0/0 d'accidents et 14,5 0/0 de cas graves.

Un accident fréquent, et qui du reste s'observe souvent dans les accouchements normaux est la rupture du périnée, plus rarement de la paroi vaginale. Cette plaie périnéale peut présenter tous les degrés, depuis la simple éraillure qui est presque de règle chez les primipares, jusqu'à la déchirure complète, atteignant le sphincter de l'anus. Abbot (2) en rapporte un cas qui entraîna la mort de la mère deux heures après. Le plus généralement il ne s'agit que d'une déchirure médiane, légère. Ces ruptures se produisent avec une facilité plus grande dans les cas d'accouchements rapides; il y a à ce fait nombre de raisons. C'est d'abord la rapidité de l'expulsion de l'enfant : les parties molles n'ayant pas le temps de se dilater et de s'assouplir progressivement. « Si les
« orifices fermés par des tissus vivants peuvent se
« laisser dilater à un degré quelquefois extraordi-
« naire, lorsqu'on les distend lentement ; ils se dé-

(1) In thèse Paris, 1898.

(2) Boston Med. and Surgery. J. vol. XCVI.

« chirent au contraire avec la plus grande facilité
« lorsqu'on agit sur eux d'une façon trop brusque.
« (Budin) (1). »

Remarquons de plus, qu'au contraire des cas d'accouchement normal, où la personne assistant la parturiente met tout son soin à diriger le dégagement de la tête, et à modérer la force expultrice des dernières contractions, on ne peut pour la femme accouchant brusquement et sans s'en apercevoir prendre aucun soin en vue de protéger son périnée. Les déchirures vagino-périnéales sont surtout fréquentes dans les accouchements brusques quand les dimensions de la tête sont moindres qu'à l'état normal. 2 fois et demie d'après Winckel. Ce fait tient d'après Fasbender, Liebmann, à la rapidité d'expulsion d'autant plus grande que la tête est plus petite : les parties molles dilatées brusquement se déchirent, nous l'avons vu, avec une facilité plus grande. Un autre facteur entre en ligne de compte, c'est ce que M. Auvar (2) à appelé « la déflexion prématurée de la tête. » Dans ces circonstances, « le pubis au lieu de se mettre en « relations avec le sous-occiput est plus ou moins rapproché de la suture lambdoïde. Il en résulte que la « tête de l'enfant, au moment de son dégagement se « présente par des diamètres dont les dimensions

(1) Thèse d'agrégation 1878.

(2) Mémoires d'obstétrique.

« sont bien supérieures à celle des diamètres sous-occipitaux. »

Si l'expulsion de l'enfant a lieu brusquement avant que le col n'ait atteint sa dilatation complète, on peut observer des déchirures du col et du vagin. La rupture du col est généralement incomplète, quelquefois cependant elle est totale et circulaire, le col ayant été littéralement décapité, ainsi que Scott, Levy, Power, Kennedy, Lange, en ont rapporté des observations.

Il peut également se produire par suite de la traction brusque exercée par l'enfant sur le cordon, et dans le cas où celui-ci résiste, des décollements placentaires amenant à leur suite une hémorrhagie plus ou moins abondante.

Nous ne citerons que pour mémoire la possibilité du prolapsus utérin ou de l'inversion de cet organe fait dont les observations sont très rares. Portal, dans un cas d'accouchement rapide chez une femme à bassin large, put constater que l'utérus avait été tout entier chassé hors du vagin. Dans une autre observation de Canolle (1), la femme accoucha debout, et le cordon ne se rompit qu'après avoir produit le renversement de l'utérus.

L'inertie utérine succédant à la déplétion brusque d'un organe distendu, a été notée quelquefois.

(1) Recueil périod. de la Soc. de méd. de Paris, 1798, IV, p. 40.

L'utérus, surpris en quelque sorte par l'issue de l'enfant, et quelquefois même par l'expulsion simultanée des annexes, ne se contracte pas suffisamment : d'où hémorrhagie qui peut être dangereuse. Constatons enfin, qu'à la suite d'un accouchement brusque et peut-être aussi en raison de l'état mental particulier dans lequel se trouvent certaines femmes, il peut se produire des syncopes, des pertes de connaissance, dont la possibilité ne doit pas être perdue de vue par le médecin-expert dans le cas d'infanticide par omission.

B. — Enfant. — L'enfant est projeté avec plus ou moins de violence hors des parties génitales. Si sa tête vient à rencontrer un obstacle quel inconvénient en résultera-t-il ? On a longtemps admis en médecine légale l'exactitude de l'aphorisme suivant de Haller (1) : « Les fractures du crâne ne se rencontrent jamais dans un accouchement naturel ; et « sont par conséquent un signe de violences exercées « sur le fœtus. » Cette opinion est fausse : les observations montrent que si les fissures et les fractures du crâne du fœtus sont rares, elles n'en existent pas moins. Déjà même, on en trouve des exemples dans les accouchements ordinaires lorsque le bassin est trop étroit et la tête du fœtus trop grosse ; si les

(1) Haller cité par Négélé et Grenser.

os du crâne sont minces, il suffit alors d'une compression modérée ; et cependant, une épaisseur normale de ces os ne les garantit pas d'accidents pendant le passage par le bassin. Hencke avait établi en principe que la sortie brusque de l'enfant peut occasionner des fractures du crâne, des épanchements sanguins, des commotions cérébrales. Chaussier (2) obtint de nombreuses fractures du crâne, chez des enfants morts qu'il laissait tomber d'une certaine hauteur. Klein au contraire dans 183 observations ne put trouver aucun enfant mort ; aucun n'avait la moindre lésion des os du crâne, tous avaient conservé leur santé, quoique beaucoup fussent tombés sur le pavé. Deux qui étaient tombés sur un clou d'une planche, et un troisième sur le rebord d'une marche d'escalier en pierre, n'avaient eu qu'une petite plaie superficielle. La raison peut en être cherchée dans ce fait que, si brusque que soit l'expulsion de l'enfant, et alors même que la mère n'ait pu prendre instinctivement la position accroupie afin de diminuer la hauteur de la chute, celle-ci n'en sera pas moins amortie par le frottement de l'enfant contre les vêtements ou les jambes de la mère, quoique cette influence soit faible, ou même d'après certains nulle (Pfannkuch). Pour Tardieu, la rupture du cordon quoique brusque peut avoir elle aussi une influence modératrice

(2) In Tardieu et Devergie. Traité des accouchements, I, 448.

sur la rapidité de la chute, opinion qui, pas plus que les autres, ne rallie tous les suffrages et a été niée par Kuby (1).

Beaucoup d'auteurs (Siebold (2), Bayard (3), Ollivier d'Angers) (4), ont rapporté des cas de mort de l'enfant par fracture du crâne. Cependant, on est d'accord aujourd'hui pour regarder comme possibles, mais rares, les lésions du fœtus dans ces circonstances : « Cette chute ne produira généralement pas « la fracture du crâne ni même de contusions graves. « C'est là certainement la loi ; mais il est impossible « de ne pas admettre qu'elle puisse souffrir, si rares « qu'elles soient, quelques exceptions » (Tardieu). Les auteurs ont publié de nombreuses observations de fractures du crâne, qui ne furent pas mortelles. Olshausen en rapporte un exemple où la femme accouche en montant un escalier. L'enfant tomba entre une marche et mourut dix-huit jours après de diarrhée. A l'autopsie on trouva une fissure atteignant toute l'épaisseur du crâne. De même M. Vibert a fait l'autopsie (5) d'un enfant jeté du premier étage dans la rue, immédiatement après sa naissance ; il mourut

(1) Congrès des naturalistes, Spire 1861.

(2) Cité par Tourdes, in dict. Dechambre, art. Accouchement.

(3) Ann. d'Hygiène, 1840, XXIV, p. 331.

(4) Ibid., 1836, XXII, p. 139.

(5) Loco citato, p. 436, note 1.

21 jours après d'athrepsie ; on trouva une fracture en V du pariétal avec chevauchement des fragments et qui était presque consolidée. Jayet (1) rapporte deux exemples analogues : dans le premier, l'enfant vécut 13 jours sans accidents cérébraux et mourut de bronchite capillaire ; dans le second, la femme accoucha dans les latrines, croyant satisfaire un besoin de défécation ; l'enfant tomba dans le tuyau, le cordon s'étant rompu. Il fut arrêté dans sa chute par un coude du conduit. Retiré vivant, il vécut 15 jours et mourut de gastro-entérite, sans avoir présenté aucun phénomène morbide pouvant être attribué à une fracture. A l'autopsie, on trouva une fracture du pariétal droit avec un caillot volumineux qui avait masqué la dépression et n'avait pas permis au doigt de sentir la dépression osseuse.

D'ailleurs la mort n'est pas fatalement immédiate ; dans une observation de Koch (2), elle ne survint que le onzième jour.

Outre les contusions et blessures qui peuvent résulter de la chute sur le sol, l'enfant peut quelquefois présenter d'autres lésions. Pincus de Kœnigsberg et Bittner de Militsch rapportent deux cas où l'autopsie fit constater une rupture du foie, due peut-être au tiraillement brusque et à l'arrachement du cordon,

(1) Thèse Paris, 1858.

(2) Arch. f. Gynækol., 1883, n° 96.

Dans un cas de Négrier (1), l'enfant mourut étranglé par des circulaires. Les hémorrhagies du cordon rompu sont possibles quoique rares, vu l'établissement de la circulation pulmonaire à la naissance. On peut cependant observer des hémorrhagies secondaires si l'enfant respire mal, s'il est trop serré dans son maillot (Depaul).

Du fait de l'endroit où il tombe, l'enfant peut courir d'autres dangers, par exemple, si la femme accouche, comme cela est fréquent, au-dessus d'un vase, ou de la fosse d'aisances. Cette chute de l'enfant dans les latrines, possible dans certaines conditions spéciales, n'est pas fatalement mortelle. Adelon (2) rapporte le cas d'un enfant tombé dans une fosse d'aisances par un orifice de 27 cent. de diamètre. La distance du siège aux matières était de 1 m. 33. Il fut retiré vivant.

Dans une observation de Toussaint (3), il resta 4 heures dans un tuyau de fosses d'aisances, on peut le ranimer et le faire vivre.

C. Annexes. — Les accidents qui se produisent du côté des annexes sont les plus fréquents. Ce sont aussi ceux dont l'intérêt médico-légal est le plus immédiat, par la difficulté de leur appréciation. En principe, il

(1) Ann. d'hyg. et Méd. Jég., 1841, XXV, 126.

(2) Loco citato.

(3) Ann. d'Hyg. et Méd. lég., 1872, XXXVII, p. 438.

s'agit le plus souvent de rupture du cordon ombilical. D'autres accidents sont possibles : l'issue simultanée des annexes et du fœtus a été notée plusieurs fois, (obs. I, Weill, XXIII, Berthier, XXVIII, Paris. Mais les auteurs en grand nombre se sont surtout attachés à l'étude de la rupture du cordon, à laquelle nous ne pourrions donner dans cet ouvrage, toute l'étendue qu'elle peut comporter. On comprend facilement que sous l'influence de la traction produite sur le cordon par l'enfant brusquement expulsé des voies génitales, ce cordon se rompe en un point quelconque de son étendue. Mais, les circonstances qui peuvent influencer sur la tige funiculaire au point de vue de la rupture sont diverses : et cette question soulève un des points les plus discutés de l'obstétrique.

Et d'abord, quelle force est nécessaire pour amener la rupture du cordon ? Quantité d'expériences ont été faites en vue de la déterminer d'abord, par Négrier puis par Spæth, Schatz (1), Pzannkuch (2), Hohl et Casper en Allemagne, Monoyer (3), Chaussier, Mory et Lamare (4) en France. Nous ne pouvons entrer ici dans le détail de cette question : mais nous objecterons à ces expériences, que faites à l'aide de

(1) Arch. f. gynækologie, 1876, IX.

(2) Arch. f. gynækologie, 1875, VIII.

(3) In Physique de Wundt, p. 78.

(4) De la ténacité et de la rupture du cordon ombilical, thèse Paris, 1888.

foetus morts, elles ne peuvent avoir lieu dans les conditions naturelles ; les expérimentateurs pour la plupart se servaient de cordons vides de liquide circulant, fait qui modifie probablement leur résistance. D'autres ont cependant eu le souci de se rapprocher le plus possible des conditions normales. C'est ainsi que Lamare se servait de cordons datant de quelques heures à peine et qu'il les injectait de liquide tiède.

Quoiqu'il en soit, toutes les expériences et toutes les observations concourent à montrer que la résistance d'un cordon est chose très variable. Tantôt, il résiste à un effort considérable (11 kilogs), tantôt il cède à un poids minime (500 gr.). Quoique se rompant généralement sous l'action d'une force brusquement développée, il peut cependant y résister, alors que dans d'autres cas, il se rompt dans un accouchement normal, la femme étant dans le décubitus, ainsi que Spœth (1), Bontemps (2), MM. Maygrier (3) et Budin (4) en ont cité des exemples. On peut cependant donner comme moyenne le chiffre de 5000 à 5500 gr.

Bien des circonstances peuvent influencer sur la facilité de la rupture du cordon du côté de l'organe lui-même. Nous noterons la brièveté soit naturelle,

(1) Obs. X. p. 75 in *Klinik des Geburtsh. in. Gynœk.*

(2) *Ann. d'Hyg. et Méd. légale* 1888, XIX. 54.

(3) *Progrès médical* 1888, N° 7.

(4) *Ibidem.* 1887. N° 5. p. 331.

soit accidentelle par circulaires (Guillemot) ; l'état des vaisseaux, le cordon qui présente des dilatations variqueuses se rompant plus facilement ; la faiblesse et la minceur de l'organe, (Morgagni a vu un cordon de la grosseur d'un fil), l'insertion vélalementeuse (Winckel).

La mère modifie elle aussi les conditions de la rupture suivant l'attitude dans laquelle elle se trouve au moment de la sortie de l'enfant. La position debout, ainsi que nous l'avons déjà dit, favorise la production de ruptures du cordon par la distance plus grande qui existe entre l'enfant au sortir des voies maternelles, et l'obstacle qui va arrêter sa chute. La possibilité des accouchements debout a été mise en doute par quelques auteurs : Hohl la nie : « car, dit-il, une femme a toujours le temps de « s'étendre à terre au dernier moment de la délivrance », et il prend à témoin des femmes, qui malgré ses exhortations et ses promesses d'argent ne purent accoucher debout. Une seule y parvint « mais, « ainsi que le fait remarquer Lamare, on ne doit pas « assimiler un accouchement qui dure un certain « temps, qui fatigue et fait souffrir, à la sortie du « fœtus presque instantanée et inaperçue. » Tardieu croit l'accouchement debout un fait possible. Nous avons pu en recueillir de nombreuses observations. Casper en rapporte 4. Kuby (1) un cas chez une

(1) Congrès des naturalistes Spire 1861.

jeune fille de 16 ans. Staës, Schutz (1), Olshausen (2), Burdach, Siebold, Kluseman (3), Cohen van Baren (4), Reinhard (5), Dupouy (6), citent des cas analogues. Bonnemaïson dans sa thèse, sur 24 cas d'accouchements avec rupture du cordon, trouve que 20 fois l'accouchement avait eu lieu debout.

Quant à l'enfant, il nous paraît superflu de dire que son poids a une influence notable sur la possibilité de la rupture du cordon, et que certaines circonstances peuvent rendre sa chute plus sérieuse : chute sur le pavé (Wrisberg) le sol durci (Siebold), un escalier, le sol gelé (Casper).

La rupture est généralement unique. Cependant plusieurs auteurs (Schatz, Winckel) ont signalé des cas où le cordon présentait plusieurs ruptures ou déchirures. Le cas de Koch, publié en 1885 concerne une femme qui accoucha sur les latrines. L'enfant tomba dans la fosse d'aisances : le cordon présentait outre une rupture située à 25 centimètres environ de l'ombilic, trois déchirures plus ou moins profondes. La multiplicité des lésions fit admettre aux premiers experts, que le cordon avait été sectionné à l'aide d'un instrument tranchant. Une contre-

(1) Schmidt's. Jahrb. 1845. LXV. p. 85.

(2) Monatssch. f. Geburtsk. 1860. XVI. p. 33.

(3) Viertelsjahrsch. f. gerichtl. Medicin. 1861. XX. p. 235.

(4) Schmidt's Jahrb. 1852 LXXIII. p. 113.

(5) Marburg. Diss. 1871.

(6) Thèse Paris 1885.

expertise, en s'appuyant sur l'aspect de la surface de section, question que nous étudierons au chapitre suivant, établit que les lésions étaient dûes à la seule impulsion de l'enfant. La femme fut acquittée.

Le siège de la rupture est également variable : il est généralement situé à une des extrémités de la tige funiculaire, placenta ou ombilic. Certains auteurs (Klein (1), Briand) (2), sont même d'avis que la déchirure du cordon dans le milieu de sa longueur doit exclure la possibilité de sa rupture spontanée. Chantreuil (3) est d'un avis tout différent : pour lui la rupture se fait ordinairement à la partie moyenne. Il nous paraît évident que, dans certains cas, la rupture sera située aux lieux de moindre résistance du cordon (varicosités) et nous croyons que le siège de la rupture seul ne peut rien faire préjuger des causes de cette rupture. Les observations que nous avons consultées la constatent en des points variables de la tige funiculaire : à l'insertion placentaire (Bonnemaison), à l'ombilic (Perret (4), Bontemps) (5), à 3^{cm} (Burdach), à 7^{cm} (Budin), à 8^{cm} (Siebold), à 10^{cm} (Bonnemaison), de l'insertion ombilicale.

Notons enfin pour terminer ce long chapitre des

(1) Cité par Legrand du Saulle. Méd. légale, p. 325.

(2) In. Méd. légale de Briand et Chaudé.

(3) Thèse Agrég., Paris, p. 83.

(4) Ann. d'Hyg. et Méd. lég., 1883, t. XIX, 3^e série.

(5) Ibid., p. 54.

accidents imputables à la rapidité de l'expulsion dans les cas d'accouchements inconscients, que la rupture du cordon peut être, par elle-même, la cause d'autres accidents. L'hémorrhagie ombilicale soit par le bout placentaire, soit par l'extrémité ombilicale, ne sont pas rares, sans être toutefois la conséquence fatale de toute rupture. M. Budin, dans un cas où la rupture eut lieu à 7 c/m. de l'ombilic, Spæth, dans un autre à 2 c/m. 5, et de la Motte, dans un troisième où le cordon fut arraché à l'insertion ombilicale n'observèrent pas d'hémorrhagies.

Ce fait nous servira à poser la conclusion suivante : chaque fois qu'il n'y a pas eu ligature du cordon, l'expert doit chercher à s'assurer si la mort de l'enfant est le résultat d'une hémorrhagie. Dans ce cas on trouve chez le nouveau-né tous les vaisseaux, les ventricules, les oreillettes vides de sang. Les viscères sont exsangues, surtout le foie normalement très vasculaire (Tardieu). Rappelons aussi que dans le cas de suffocation de l'enfant, l'hémorrhagie peut empêcher la production d'un signe important de l'asphyxie : les ecchymoses sous-pleurales.



CHAPITRE V

Considérations médico-légales

L'accouchement inconscient est, parmi les nombreuses questions qui se rattachent à l'obstétrique et à la médecine légale une de celles qui présentent le plus d'intérêt. Une femme accusée d'infanticide, peut-elle alléguer comme moyen de défense son ignorance, non seulement de sa grossesse, mais encore de son accouchement ? Est-elle innocente ou coupable ? Tel est le problème qui se pose à la fin de notre travail. On comprend la nécessité, pour le médecin appelé comme expert, de posséder sur ce sujet les notions les plus exactes possibles, s'il veut formuler son jugement avec certitude et ne pas donner à la légère une solution qui, pour la prévenue, peut avoir les conséquences les plus funestes. Cette question, nous l'avons déjà fait remarquer, nous paraît avoir été omise dans ses détails par la plus grande partie des auteurs français. Les étrangers, et parmi eux, les Anglais

principalement, ont publié la majorité des observations dont nous avons pu prendre connaissance.

Il répugne à la raison, d'admettre que l'accouchement accompagné généralement de douleurs tellement vives qu'elles causent parfois du délire et amènent la syncope, puisse dans certaines circonstances passer inaperçu. Constatons de suite, et sauf quelques exceptions, la grande majorité des auteurs est du même avis, que dans les maladies qui sont accompagnées de perte de la sensibilité et de l'intelligence, l'accouchement inconscient est un fait possible et avéré. Certains auteurs réservent aux douleurs du travail, le pouvoir de réveiller dans quelques cas la sensibilité éteinte; il y a évidemment bien des degrés dans l'inconscience d'une femme. Un examen sérieux de son état, de la gravité et de la marche de la maladie dont elle est atteinte, des circonstances particulières de l'accouchement, et de ses actes ultérieurs permettront, il nous semble, de porter un jugement avec un maximum de probabilités.

Nous dirons tout d'abord quelques mots de la question de l'infanticide par omission, question qui se pose à propos de femmes, qui, prises par exemple de syncope, sont dans l'impossibilité de porter secours à leur enfant. Le Code pénal Autrichien (Art. 139), distingue le meurtre du nouveau-né par intervention active de la mère et le meurtre qui est la conséquence de l'omission des soins nécessaires pendant et surtout

après l'accouchement. Il est incontestable que la syncope peut survenir soit avant l'accouchement, par suite de la violence des douleurs, ou même sans cause connue (obs. VII), soit peu après la naissance de l'enfant, par suite d'hémorrhagie. On a, de ce fait, rendu des femmes responsables de la mort de l'enfant.

Dans quelques cas, on leur reprochait de ne pas avoir pratiqué la ligature du cordon : cause de mort qui ne peut être retenue que faiblement à la charge de la mère, puisqu'on a longtemps discuté l'opportunité de cette ligature. L'accusation est plus sérieuse, quand l'enfant meurt faute de soins, par le froid, l'asphyxie ou encore étouffé sous le poids des couvertures, ou même sous le poids de la mère, comme on le voit dans l'observation de Hunter.

Dans une observation de Rizzoli (1), il s'agit d'une femme qui accouche sans s'en douter sur une chaise percée et s'évanouit aussitôt. Casper (2) cite de même un cas concernant une primipare qui accouche en se levant de son lit. L'enfant tombe par terre. La femme s'évanouit, après avoir, dit-elle, entendu un bruit sourd et un cri aigu. Revenue à elle, elle enveloppe l'enfant dans un drap de lit, et le jette dans une fosse d'aisances. L'autopsie démontra

(1) Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques, 1873, LXIV, p. 114.

(2) In Thèse Dupouy.

que cet enfant était mort d'apoplexie et on admit, étant donné l'absence de tout signe d'asphyxie, qu'il était arrivé mort dans la fosse.

En présence de cas analogues, les commémoratifs concernant la maladie dont est atteinte la femme (éclampsie, etc.), la durée probable du travail, les lésions qui peuvent avoir causé une syncope (traces de sang dans l'hémorragie), seront du plus grand poids pour permettre à l'expert de porter des conclusions.

Tout autre, et bien plus discutée, est la question de la possibilité d'un accouchement inconscient chez une femme en pleine santé. En 1861, Panis écrivait ceci : « Dans l'état de santé, d'intégrité des facultés « naturelles, pendant le sommeil, les auteurs sont « unanimes pour rejeter la possibilité d'un pareil fait. « Les Anglais pensent tout autrement et citent des « faits à l'appui ». On est moins absolu aujourd'hui, croyons-nous. Les quelques observations que nous avons essayé de grouper en vue de notre sujet nous paraissent affirmer la possibilité d'un accouchement accompli dans ces conditions et à l'insu de la mère. Le médecin, appelé devant les Tribunaux, posera en principe que l'accouchement inconscient est possible, même chez une femme en pleine santé.

Quant à conclure dans chaque cas particulier, c'est généralement une tâche fort difficile, et l'expert ne saurait agir avec trop de prudence. C'est en s'ap-

puyant sur les résultats d'un examen approfondi qu'il arrivera à se prononcer. Interrogatoire de la mère au point de vue de ses antécédents obstétricaux; de la rapidité plus ou moins grande de ses premiers accouchements; mensuration du bassin et appréciation des causes de dystocie si elles existent; recherches des lésions des parties molles, tous ces points doivent être sérieusement étudiés. Le soin que la femme aura pris dans certains cas de dissimuler sa grossesse devra être pris en considération. On n'oubliera pas que chez une pluripare ayant, par ce fait même, une certaine expérience du caractère des douleurs et de la durée de l'accouchement, il est plus difficile d'admettre que celui-ci passe inaperçu. Si elle allègue ce fait, que c'est en voulant satisfaire un besoin de miction ou de défécation, qu'elle a mis au monde son enfant, il n'en est pas moins vrai que son ignorance sera le plus souvent de courte durée et que le bruit produit par la chute de l'enfant, les cris de celui-ci, etc., l'auront vite avertie de ce qui a eu lieu. Cependant, dans certaines observations (Obs. Budin, Obs. Corin), la femme n'est avertie de son accouchement par aucun signe.

D'autrefois, l'expert aura à se prononcer sur la possibilité de la chute de l'enfant dans les fosses d'aissances à la suite d'un accouchement qui a lieu subitement dans un effort de miction et de défécation. Il aura à se rendre un compte exact de la disposition

des lieux, de la hauteur du siège, des dimensions de l'orifice inférieur de la lunette. Tardieu fait remarquer que, dans beaucoup de latrines, à Paris, la lunette n'a qu'un diamètre de 10 à 12 centimètres, que la tête du fœtus aura beaucoup de chances pour ne pas présenter à ce détroit son diamètre sous-occipito-bregmatique, et pour ne pas le franchir. De plus, et en admettant que cela ait lieu, il ne tombera pas dans la fosse : le tuyau de branchement qui aboutit à cette lunette étant généralement coudé sur le tuyau central, obstacle qui ne devra être dépassé qu'au moyen d'une poussée. Dans ce cas, « il faut l'intervention nécessaire, inévitable, d'une main criminelle. »

La possibilité même de cette chute dans la cuvette a donné lieu à de nombreuses discussions. « Que l'on suppose, dit Devergie, une femme primitive qui, seule et sans secours (parcequ'elle veut cacher son accouchement) éprouve un pressant besoin d'aller à la garde-robe. Elle va se placer sur l'ouverture d'une latrine, en y montant, au lieu de s'y asseoir (elle est dans l'impossibilité de le faire, vu le caractère des douleurs qui portent sur le siège), l'enfant va tomber dans la fosse, le cordon se rompra sous l'influence de la chute, et le crime pourra être regardé comme consommé, alors même qu'il n'eut pas été accompli si la mère avait vu son enfant. »

Ainsi, selon Devergie, le fait de l'accouchement

involontaire et de la chute de l'enfant dans les latrines serait possible, mais, pour l'admettre, il faut supposer que la femme ait pu monter sur le rebord des cabinets, car elle est, dit-il, dans l'impossibilité de s'y asseoir : « à cause des douleurs qui portent sur le siège ». Adelon émit à ce sujet une opinion différente, à propos d'un cas auquel nous avons déjà fait allusion et que nous relatons ici :

OBSERVATION LXXI. — Une fille X..., qui avait jusqu'au dernier moment cherché à cacher sa grossesse, accoucha dans les lieux d'aisances de la maison habitée par ses maîtres qui s'en aperçurent aussitôt. Cette fille qui était primipare, déclara qu'ayant éprouvé un pressant besoin, elle était accouchée sur le siège des latrines et que son enfant était alors tombé dans la fosse. Il en fut retiré vivant. Près de lui étaient trois grosses pierres jetées par la mère, non pas, dit-elle, pour tuer son enfant qu'elle croyait mort, mais pour enfoncer son corps dans les matières et le dérober à la vue.

Le fait s'était-il accompli ainsi qu'elle le déclarait ? Deux experts furent commis, et donnèrent chacun un avis différent : l'un tenant le fait pour exact, l'autre le déclarant impossible. Adelon fut alors appelé et dans un long rapport, auquel nous avons déjà fait allusion, il s'exprime ainsi : « En un mot,

« soit une femme parvenue à la fin du travail et arrivée à ce moment suprême où une dernière douleur va produire l'expulsion de l'enfant : que cette femme soit à ce moment saisie du besoin impérieux de défécation, qu'elle se place pour le satisfaire sur un siège de latrines, il pourra arriver que l'enfant soit expulsé en même temps que les matières fécales et qu'il tombe avec celles-ci dans la fosse. Il en existe en effet des exemples : et bien que ces faits soient plus communs et plus faciles à se produire chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfants, ils sont possibles aussi chez les primipares... Si, celles-ci, au dernier moment du travail, éprouvent le besoin de la défécation et se placent pour le satisfaire, il y a pour elles le même risque ou la même possibilité que pour la femme qui a déjà accouché » (1).

La chute de l'enfant est évidemment possible lorsque la femme est montée sur la circonférence antérieure de la lunette : la femme étant plus ou moins accroupie, le nouveau-né pourrait se trouver dans l'axe de cette lunette. C'est dans des cas de ce genre, que les différentes considérations tenant d'un examen approfondi des localités peuvent être utiles. Ainsi, dans un cas de Tardieu (2) qui a pu réunir trente observations de chute de l'enfant dans les fosses d'aisances, il fut impossible d'admettre du fait de

(1) Ann. d'Hyg. et Méd. légale, 1855, IV, p. 466.

(2) Loco citato, p. 303.

la disposition des localités, que l'enfant ait pu glisser sans que la mère s'en soit aperçue. Dans une autre observation du même auteur, la mère qui prétendait être accouchée subitement, avait, ainsi qu'il le fut établi, séjourné plus d'une heure dans les latrines, ce qui fit rejeter son excuse. Bayard, dans un autre cas, constata qu'il était impossible à la femme de se tenir montée sur le siège des cabinets, alors qu'elle prétendait être accouchée dans cette position.

L'examen de l'enfant fournira aussi à l'expert de précieux renseignements. Les considérations que nous avons exposées plus haut au sujet des fractures du crâne trouveront ici leur indication. On sait que c'est un accident relativement rare, qui peut se produire dans un accouchement normal.

Pour apprécier toute la valeur de cette lésion :
« après avoir groupé toutes les circonstances de fait,
« lieu de l'accouchement, nature du sol, taille et con-
« formation du bassin de la femme, position indiqué,
« état du cadavre et avoir, autant que possible, éta-
« bli l'authenticité ou tout au moins la vraisemblance
« de la chute, il convient de rechercher quels signes
« physiques doit présenter ce genre de fractures. »
La main qui frappe, dit Legrand du Saulle sait produire des lésions assez considérables pour produire la mort ; et on trouve toujours alors des désordres étendus, épanchement considérable, allongement et défor-

mation de la tête. Le siège de la fracture est variable : on en a trouvé en des points très divers. Si la tête a été écrasée, on en trouve ordinairement deux, l'une dans le point où le coup a été porté, l'autre qui répond à la partie qui reposait sur le plan où la tête était appuyée.

Quand ces lésions sont le résultat de la chute spontanée de l'enfant, elles portent toujours sur un point élevé de la tête, sur les pariétaux ; elles sont directes, simples, linéaires, peu étendues, réduites souvent à de simples fissures allant du bord de la suture sagittale à la bosse pariétale, et, de là, à angle droit vers la suture coronale ou la suture lambdoïde. (Lamarre). Elles sont dues à une brusque compression de la voûte du crâne. Une simple chute ne peut donner lieu à une fracture irrégulière et comminutive et ne produit pas de plaie au cuir chevelu ; elle ne détermine qu'une ecchymose au point où la tête aura heurté le sol.

Une autre cause de mort de l'enfant, mais qui laisse généralement des traces perceptibles est l'hémorragie ombilicale. Dans ce cas, il y a généralement rupture du cordon. Et c'est de l'examen de la tige funiculaire que l'expert va tirer des renseignements sérieux.

Réfutons tout d'abord l'opinion de Tardieu qui nie la rupture du cordon, du fait de la chute de l'enfant. « Car, dit-il, même si l'enfant pouvait passer

« par la lunette, il resterait l'objection très sérieuse « tirée de la résistance du cordon très supérieure, on « le sait, au poids du nouveau-né à terme. » Il n'est besoin que de nous rapporter à ce que nous avons dit des ruptures du cordon pour démontrer la fausseté de cette allégation.

La question, se pose, en réalité, de savoir si le cordon a été rompu ou coupé. Quand celui-ci a été déchiré, la gaine amniotique a des bords déchiquetés, continués souvent par une fente longitudinale ; la surface de rupture est irrégulière, le plus souvent oblique, taillée en biseau, longue de 1, 2, 3 centimètres. Les vaisseaux sont divisés à des hauteurs variables, ils font des saillies inégales sur la surface de séparation. Si l'on rétablit le contact des extrémités séparées, on reconnaît que la gaine s'est fréquemment déchirée dans une concavité du cordon, là où l'amnios faisait une sorte de bride quand le cordon était tendu (Lamare). Lorsque le cordon a été coupé, la surface de section est régulière, plane : la gaine amniotique a des bords très nets ; les vaisseaux sont divisés au même niveau que la gaine. Si l'on s'y est repris à plusieurs fois, il peut y avoir plusieurs coupures ; si les ciseaux dont on s'est servi coupaient mal, la surface peut être irrégulière, comme machée. En résumé, dit Devilliers.⁽¹⁾ le cordon « attirera

(1) Recueil de mém. et d'obs. sur les accouchements, p. 257.

« particulièrement l'attention du médecin-légiste : il
« examinera avec soin le point de la déchirure du
« cordon ; la distance où elle a lieu ; la forme qu'elle
« affecte ; les lésions dont elle s'accompagne, et il se
« rappellera que, dans l'immense majorité des cas, la
« déchirure a lieu non pas à une des insertions du
« cordon, soit au placenta, soit à l'ombilic, mais entre
« ces deux points, et principalement sur ceux qui
« sont affectés de dilatations variqueuses de la veine
« ombilicale ; que la rupture n'a lieu près du placenta
« que dans les cas d'insertion vélamenteuse, et que la
« déchirure du cordon à son extrémité ombilicale est
« un fait exceptionnel. »

Si la rupture a lieu sous la seule influence du travail, on ne remarquera rien autre chose que les lésions des tissus produites par une violente traction exercée aux deux extrémités de la tige vasculaire. Les tissus voisins seront imprégnés de sang que le lavage pourra faire disparaître en grande partie ; mais nulle part, on ne trouvera de traces de contusions, de frottements, soit sur les deux bouts du cordon, soit sur la peau du ventre avoisinant l'ombilic de l'enfant.

De l'examen approfondi de la mère, de l'enfant, des annexes et de l'étude des circonstances spéciales à chaque cas particulier, l'expert pourra, nous le pensons du moins, se faire une opinion raisonnée et formuler un jugement entouré du maximum de garanties. Et nous espérons que les faits que nous avons

essayé de grouper et d'éclaircir, contribueront à éclairer sa conscience, et peut-être à réformer l'opinion trop absolue qu'il pourrait avoir sur ce sujet.



CONCLUSIONS

1. Les conclusions que nous tirons de notre étude concernent pour la plupart des faits rares et des cas exceptionnels. Mais, la médecine légale étant une science toute de détails, nous avons pensé qu'il serait utile de réunir les différentes idées que nous avons émises dans notre travail.

2. Chez une femme privée de conscience par une influence pathologique quelconque (syncope, coma, ivresse, folie, mort apparente), l'accouchement inconscient est possible. On en a même noté des cas pendant le sommeil naturel et après la mort.

3. Chez une femme en pleine santé, et jouissant de l'intégrité de ses sens et de son intelligence, il se peut également que la naissance de l'enfant passe inaperçue à la mère.

4. Les causes qui nous expliquent ce fait sont nombreuses et d'une importance variable. On a noté la multiparité, les dimensions anormales du bassin, le développement excessif de la musculature de l'utérus

et son irritabilité exagérée ; l'absence de douleurs pendant les premières périodes ou même toute la durée du travail, et la possibilité de l'ignorance de la grossesse. Le plus généralement, plusieurs de ces causes agissent simultanément. Le fait le plus constant est l'observation chez presque toutes les femmes à la fin du travail, de besoins illusoires de miction ou de défécation. C'est en cherchant à les satisfaire que l'accouchement peut se produire subitement et sans que la mère ressente aucune sensation spéciale.

5. Ces accouchements occasionnent souvent des accidents qui sont généralement ceux qui sont dus à un accouchement trop rapide. L'attitude que prend la femme n'est pas sans influencer sur leur production : et ils sont favorisés au maximum par la position debout.

6. Du côté de la mère, on note la déchirure de la paroi vaginale et du périnée, due à la brusquerie de l'enfant, à l'excès de volume de la tête, ou à sa déflexion prématurée, des décollements placentaires, des hémorragies. Le prolapsus et l'inversion de l'utérus sont des faits excessivement rares.

7. Du côté de l'enfant, ce sont des fracture du crâne, accident relativement peu fréquent, et qui n'est ni immédiatement ni fatalement mortel, l'épilepsie jacksonnienne qui peut s'observer à sa suite, de l'infection oculaire, les blessures et contusions tenant au lieu de la chute, et des hémorragies ombilicales.

8. Le cordon est souvent rompu. La rupture, plus fréquente dans la position debout, quoi qu'elle ait aussi été observée dans le décubitus, est due à la traction brusque exercée sur le cordon par l'enfant. Elle est généralement unique, et située près d'une extrémité de la tige funiculaire, placenta ou ombilic.

9. La chute de l'enfant dans les fosses d'aisances est un fait possible dans les accouchements survenus à l'insu de la mère. Mais l'appréciation médico-légale de chaque cas particulier est un problème fort difficile.

10. L'examen de la mère, son interrogatoire, la disposition spéciale des localités, l'autopsie de l'enfant, l'état du cordon et l'aspect de la surface de section s'il y a rupture seront nécessaires à l'expert pour se prononcer avec le maximum de probabilités.

Vu : Le Président de la Thèse,
P. BUDIN

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

ABBOT. — Boston Méd. a Surg. J. vol. XCVI.

ADELAI. — Rapport médico-légal sur une accusation d'infanticide, in Ann. d'Hyg. et Méd. lég. 1855, IV, p. 450.

ALBERT. — Geburt ohne Wehen, Zeitssch, f. d. Staatsarzneik, 1830.

ANDERSON. — Childbirth without pain. South méd. Rec. 1879, p. 86.

ANDRAL. — Cours de pathologie interne, 1836.

AUVARD. — Travaux d'obstétrique, Paris, 1889.

AUVARD ET VARNIER. — Annales de Gynécologie, 1887, p. 363.

BALEY. — Accouchement inconscient. Médecine moderne, 1898, p. 508.

BAYARD. — Ann. d'Hyg. et méd. légale, 1840, XXIV, p. 331.

BÉCIGNEUL ET MÉNAGER. — Gaz. méd., Nantes, 1894, p. 32.

BEHRENS. — Diss. de partu mirabili fœtus vivi in somno matris profundo. Helmstadt, 1751, in-4°.

BERTHIER. — Ann. Soc. médicale. Lyon, 1859, p. 66.

Blatte für gerichtliche anthropologie, 1856, I.

BONNEMAISON. — Des accouchements rapides. Thèse Paris, 1898.

BONTEMPS. — Ann. d'Hyg. et méd. légale, 1888, XIX, p. 54.

BRIAND. — Ibid., 1891, p. 383.

BRIAND ET CHAUDÉ. — Médecine légale, 1879.

BROUARDEL. — L'Infanticide, Paris 1887.

BROCHIN. — Acc. gémellaire inconscient. *Gazette Hôpitaux*, Paris, 1854, p. 118.

BRUNON. — Archives de tocolgie, 1890, p. 786.

BUCKELL. — Brist. Méd. J. 1877, p. 135.

BUDIN. — Ann. d'Hyg. et méd. légale, 1887, XVIII p. 550.

BUDIN. — Thèse d'agrégation, 1878.

BUDIN. — Progrès médical, 1887, p. 331.

BURNETT. — A case of painless labor. South. Méd. Rec. 1895, p. 272.

CANOLLE. — Rec, périod. de la Soc. de méd. de Paris, 1798, IV, p. 40.

CAPURON. — Méd. légale relative aux accouchements, Paris, 1821.

CANJAMILA. — Embryologie sacrée.

CASE. — Labor during Sleep, Ann. J. M. S. Philadelphie, 1868, p. 279.

CAZEAUX. — Traité théorique et pratique de l'Art des Accouchements.

CHANNING. — Painless delivery : turning, Bost. Med. a. Surg. J., 1865, p. 229.

CHANTREUIL. — Thèse d'Agrégation, Paris, 1875.

CLAVERIE. — Sur l'Accouchement artificiel immédiat, Thèse Paris, 1895.

CLAY. — Lancet, 1841-42, p. 406.

COLTON. — A painless labor case, Med. Bull. Philadelphie, 1879.

COHEN VAN BAREN. — Schmidt's Jahrbücher, 1852, LXXIII, p. 113.

Congrès international de Médecine légale, 1879, (Bulletin du),

CORIN. — Ann. de la Soc. méd. chirurg. de Liège, 1893, XXXII, p. 290.

CRIPPS. — Lancet, 1841, p. 307.

DANYAU. — Journal de chirurgie, 1843, I.

DAVIS. — Nashville J. Mas., 1881, p. 252.

DEL CAMPO. — Parto do los gemelos sin dolor, Bol de med. cirurg. y. farm., Madrid, 1848.

DENEUX. — Recherches sur les causes de l'Accouchement spontané après la mort, Thèse Paris, 1823.

DEPAUL. — Bulletin de la Soc. Anatom., 1839, p. 297.

DEPAUL. — Un accouchement dans la rue, J. des Sage-femmes, 1882, p. 9.

DEVERGIE. — Médecine légale, Paris, 1840.

DEVILLERS. — Rec. de mém. et d'obs. sur les accouchements, Paris, 1862.

Dictionnaire Jaccoud, Art. Accouchement, Infanticide.

Dictionnaire encyclopédique des Sc. méd., Art. Bassin, Accouchement, Infanticide.

DORNH. — Arch. f. Gynæk., 1884, p. 87.

DOBROVOLSKY (M^{me}). — Revue de l'hypnotisme, 1891.

DUBOIS. — Gazette des hôpitaux, Paris, 1855, p. 105.

DUMONT-PALLIER. — Gazette des hôpitaux, Paris, 1887, p. 234.

DUPOUY. — Rupt. du cordon ombilical, Thèse Paris, 1885.

EGER. — De partu femineæ actus pariendi nescia 1837.

ESTERLE. — Ann. Univers. Milan, 1861, p. 317.

FANTOU. — Revue de l'Hypnot. 1891.

FLEISCHMANN. — Henckes. Zeitsschrift. 1839, p. 214.

FRAIPONT et DELBOEUF. — Revue de l'Hypnot. 1891.

FREYMAN. — Diss. sistens historiam partus lenti sine ullo ad partum dolore. Götting, 1821.

FRIEDREICH. — Zeitsschrift f. d. Staatsarzneik, 1831, p. 391.

GAYET. — Thèse Paris, 1807.

GENTH. — Geburt ohne Wissen der gesunden Mutter erfolgt in N. Zeitssch. f. Geburtsk Berlin, 1848, p. 77.

GIBERT. — Thèse Paris, 1879.

GILLETTE. — Trav. de la Soc. d'Obst. N.-York, 1876-78.

GOROSTIZA (DE). — Puede parir una muger sin tener conocimiento do ello ? Siglo med. Madrid. 1856.

GRALL. — Déchirures du périnée. Thèse Paris, 1876.

GUILLOU. — Gaz. med. Nantes, 1895-96.

HALLER. — Eléments de physiologie.

HEISTER. — De mirabili foetus vivi partu in somno matris profundo-Helmstadt, 1751.

HOFFMANN. — Eléments de médecine légale. Trad. Levy, 1881, avec commentaires par Brouardel.

JAYET. — Thèse Paris, 1858.

JEACOUR. — Considérat. sur les acc. nat. et sans doult. Thèse Paris, 1858.

Journal général, Tome XLIX, p. 110.

KING. — Birth of the child, etc... Med. Times London, 1847. p. 234.

KINGSBURY. — Revue Hypnot. 1891, p. 298.

KLOSE. — System des gerichtlichen Physik Breslau, 1814.

KLUSEMAN. — Viertelsjahlrssh. f. gerichtl. Med. 1861, XX, p. 235.

KOCH. — Arch. f. gynœk, 1833, n° 96.

KORSCH. — Ueber Leichengeburten in Rüssische Medicin, 1886, n° 19.

LACHAPELLE (M^{me}). — Pratique des Accouchements. 3 vol. Paris 1821.

LAMARE. — De la rupture et de la tenacite du cordon. Thèse Paris 1888.

LANNURIEN. — Ann. medico. psychq. IV. p. 313.

LARKIN. — Med. Rec. N.-York. 1893. XLIV. p. 815.

LAUGIER. — Ann. d'Hyg. et Méd. lég. 1891. XXV. p. 380.

LE BLOND. — Ibid. 1892. XXVIII. p. 533.

I EGALLOIS. — Expériences physiologiques 1835.

LEGRAND DU SAULLE. — Médecine légale. Paris 1886.

LEMARIEY. — Gazette des hôp. 1861. p. 86.

LEVRET. — Journal des Savants 1794. p. 34.

LINNECAR. — Lancet 1841-42. p. 249.

LONG. — Med. Times and Gazette 1857. p. 592.

LUYS. — Gazette des Hôpit. 1889. p. 857.

MAAS. — Nord. Arch. f. Natur. û. Arzneiw. I. p. 2.

MARCÉ. — Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices. Paris 1858.

MATTEÏ. — Des Acc. spontanés, prompts, sans douleurs. Gáz. hôpitaux. Paris 1854. p. 86.

MAURICEAU. — Obs. sur la grossesse et l'accouch. des femmes. Paris 1694.

- MAYGRIER. — Progrès médical 1888, n° 7.
- MENDE. — Ausf. Handb. des genichtl. Med. III.
p. 544.
- MESNET. — Revue Hypnot. 1887.
- MONATSSCHRIFT. — f. Geburts Krankheiten 1863.
- MORONVAL. — Journal compl. des Sc. méd. XXIII.
- MORY. — Alger médical, 2 décembre 1887 p. 343.
- MOST. — Ausf. Encyclop. d. gesammt. Staat-
sarzneik. Leipzig. II. p. 494.
- NÉGRIER. — Ann. d'Hyg. et Med. lég. 1841. XXV.
p. 126-140.
- NIETHE. — De partu post. mortem 1827. in-8.
- OLSHAUSEN. — Monatssch. f. Geburtsk. 1860.
XVI. p. 33.
- OLLIVIER D'ANGERS. — Ann. d'Hyg. et Méd. lég.
1836. XXII. p. 139.
- OTTERBOURG. — Revue méd. 1862. p. 102.
- OUI. — Ann. de Gynécologie 1891.
- PALFREY. — Lancet 1864, p. 36.
- PANIS. — Une femme peut-elle accoucher sans en
avoir conscience ? Thèse Paris 1861.
- PELLIGRINI. — Sul parto forzato, in Ann. Univ.
Milan 1877.
- PENARD. — Ann. d'Hyg. et méd. lég. 1873, t.
XXXIX, p. 213.
- PERRET. — Ibid, 1888, t. XIX.
- PERRIN DE LA TOUCHE. — Presse médicale, 18
mars 1899.

PFANNKUCH. — Arch. f. gynœk, 1875, t. VIII.

POWER. — Treatise of the principles of midwifery 1819.

PRITZL. — Wiener Med. Wochensch, 7 novembre 1885.

PUJOS. — Trav. d'accouch. 1759.

RIBEMONT-DESSAIGNES ET LEPAGE. — Précis d'obstétrique 1896.

RIGAUDEAUX. — Journal des savants 1749, p. 84.

RIZZOLI. — Mémoires d'obstétrique, p. 578.

RÜTTEL. — Hencke's, zeitssch. 1844, p. 264.

SALLÉ. — Thèse Paris 1893.

SAMELSON. — Delivery during sleep. Brist. Med. J. 1865, p. 550.

SANGREE. — A easy birth. Med. Rec. New-York, 1892, p. 461.

SCHUOTZ. — Arch. f. gynœk 1876, IX, p. 45.

SCHENK. — Hufeland. Prakt. Journ. 1821, t. III, p. 97.

SCHULTZE. — Medicinische Zeitung 1844, n° 31.

SCHUTZ, — Schmidt's Jahrbücher 1845, LXV, p. 85.

SCOTT. — Lancet 1859.

SHORT. — Obst. Transact. 1863, IV, p. 210.

SMITT. — Quaterly Journal of pract. med. and Surg. 1858.

SNELL. — Brist. Med. J. London 1891, p. 1067.

SPAETH. — Wiener medicinische Wochenschrift 1851, p. 515.

TARNIER. — Obst. transact. IV. p. 113.

TARDIEU. — Etude médico-lég. de l'infanticide, Paris 1868.

TARNIER. — Gaz. Méd. Paris, 9^e série, p. 121.

TARNIER, CHANTREUIL ET BUDIN. — L'art des accouchements.

TATHAM. — Lond. Med. Reposit. 1824, p. 287.

TAYLOR. — Traité de Med. légale. Traduct. Cou-
tagne, Paris 1881.

TEMPEL. — De doloribus in partu deficientibus,
1843.

THOMAS. — Eléments de médecine suggestive,
Paris, 1887.

TORALLY. — Diss. sur l'Acc. après la mort. An.
XII, (1804).

TOUSSAINT. — Ann. d'Hyg. et Méd. lég., 1872,
XXXVII, p. 438.

TRIUCHINETTI. — Osiervazione sopra la retrover-
sione, etc..., 1816.

— Ueber die möglichkeit das eine Person
gebiert ohne es gewahr zu werden. Blatte f. gericht.
anthropologie Nürnberg, 1856, I, p. 74, 78.

VATER. — Diss. de partu hominis post mortem
matris, 1824.

VERARDINI. — Del parto forzato, p. 31.

VIARDIN. — Thèse Paris, 1864.

VIBERT. — Précis de médecine légale, 1894.

VOISIN. — Revue de l'Hypn., 1896, p. 360.

WEILL. — Accouchement en dormant. Gaz, med.

Strasb, 1881, p. 103.

WESTCOTT. — Lancet, 1897, I, p. 603.

WESTPHALL. — Viertelsjahrss. f. gericht. u
offentl. med. Berlin, 1862.

WHARRIE. — Cormak's Journal, 1846, XII.

WILDBERG. — Andb. des gerichtl. Arznei-
wissenschaft, § 120.

WITKOWSKI. — Histoire des Accouchements.

